42507/C
Vols 3-4

55350

ANNOTAZIONI PRATICHE

SULLE

MALATTIE DECLI OCCHI

RACCOLTE E ORDINATE

DA

GIOVAMBATISTA QUADRI

NELLA REALE SCUOLA CLINICA

DI NAPOLI.

LIBRO TERZO,

IN CUI SI DA' CONTO DE' LAVORI DI CLINICA DELL' ANNO SCOLASTICO 1817 E SI ESPONE LA ECRAXIOLOGIA.

IN NAPOLI,

DA' TORCHI DEL TRAMATER.

MDCCCXXVII.

WELLCOME
HISTORICAL
MEDICAL
LIBRARY

PROSPETTO

In cui si dà conto de' lavori di Clinica dal giorno 5 Novembre 1817 *fino al dì 4 Novembre* 1818.

ANNOTAZIONE I.

§. 1. *Intorno alle lezioni spiegate nel corso dell' anno scolastico suddetto.*

PARTE TEORETICA

TRATTATO I.

Venne esposta la storia dell' arte come nell' anno precedente in lezioni n.° 7.

TRATTATO II.

Come nell' anno antecedente.

TRATTATO III.

Idem.

PARTE PRATICA

TRATTATO I.

Idem.

TRATTATO II.

Idem.

TRATTATO III.

Idem.

TRATTATO IV.

Idem.

TRATTATO V.

Perchè si dia l'indice del Trattato VI.

§. 2. Vennero esposte le medesime dottrine date negli anni precedenti, talchè l'indice pubblicato nel II. libro fino alla pagina 12 può servire di norma, e solamente il trattato, che siegue venne spiegato con maggiore estensione, come stà registrato qui sotto

TRATTATO VI.

Lezione XCV. Sulla definizione della cateratta, facilità con cui si può formare, e varietà della sua tessitura.

Lezione XCVI. Delle *cateratte senili*, di quelle prodotte *da paralisi* dell'occhio, e delle *accidentali.*

Lezione XCVII. Utilità dell'esposta classificazione per regolare la prognosi, e forme che presenta la cateratta sotto l'operazione.

Lezione XCVIII. Modificazione de' quattro precetti generali per ciò che riguarda la pratica dell'estrazione.

Lezione XCIX. Problema I. che riguarda la pratica dell'*estrazione anteriore*: dilucidazioni delle regole, e de' due teoremi, sui quali è fondato l'esercizio del metodo.

Lezione C. Cure consecutive ne' casi semplici, e altre da praticarsi ne' casi d'iritide, di ernia, e di complicazione col flusso palpebrale.

Lezione CI. Problema II. intorno alla cura della cateratta secondaria.

Lezione CII. In che consistano le difficoltà principali, che s'incontrano nella pratica dell'estrazione anteriore o per causa della forma dell'occhio, o per la qualità della cateratta, o per altre ragioni.

Lezione CIII. Pruove, che dimostrano la probabilità del successo nell'estrazione anteriore.

Lezione CIV. I due punti più difficili sono stati superati l'uno da Dawiel, l'altro da Wenzel: forse conviene imitarli.

Lezione CV. Intorno al metodo dell'*estrazione anteriore superiore.*

Lezione CVI. Del metodo di *estrazione laterale* Problema III. sua descrizione, utilità, e storia.

Lezione CVII. Intorno a' tre metodi di *depressione laterale* e loro vantaggi respettivi.

Lezione CVIII. Tre metodi di *depressione anteriore* chiamata ceratonisi, difetti comuni a tutte le depressioni, e proprii di questa.

Lezione CIX. Intorno alla scelta del metodo, e preferenza da darsi all'*estrazione anteriore.*

Lezione CX. *Estrazione anteriore complicata con ectomia* da usarsi ne' casi di cateratta complicata, o colla sinizesi, o colla ceratoscotesi.

Lezione CXI. Intorno alle alterazioni, che si osservano nell'umore acqueo e nel vitreo.

TRATTATO VII.

Lezione CXII. Forma della malattia conosciuta sotto nome di amaurosi.

Lezione CXIII. Varj fenomeni che accompagnano questo vizio de' nervi, e cause che si possono riconoscere.

Lezione CXIV. Esame de' varj mezzi curativi tentati, e loro applicazione.

ANNOTAZIONE II.

Degli studiosi dedicati all' Oftalmiatria nell'anno 1817 e 1818.

			in età di anni.
1.	Giovanni Costa. . . .	di Vizzini.	23.
2.	Emmanuele Bonifacio .	di Cattolica.	26.
3.	Giovanni Grillo . . .	di Bagnoli	21.
4.	Placido Portal	di Biancavilla	23.
5.	Francesco Mantegna . .	di Castro-giovanni	22.
6.	Giuseppe Rupisardi . .	di Mascaluccia	21.
7.	Rocco Maglietta . . .	di Stigliano.	22.
8.	Salvatore Siringo . . .	di Siracusa	21.
9.	Pietro Rampolla . . .	di Sicilia.	26.
10.	Gaetano Caramazza. . .	di Carnicoli	23.
11.	Giovanni Ferlizzi . . .	di Casteltermine	24.
12.	Girolamo Spartera . . .	di Taranto	23.
13.	Giuseppe Cleopazzi. . .	di Lecce	25.
14.	Giacomo Greco.	idem	30.
15.	Antonio Brancaleone. .	di Partenico	21.
16.	Mariano Torregrossa . .	di Castrogiovanni.	22.
17.	Francesco d'Ambrogio .	di Palmi	20.
18.	Pietro Rizzuti	di Petrona	32.
19.	Flaminio Longo	di Rioniero.	22.
20.	Luca Pignataro	di Monteleone	28.
21.	Saverino Giordano . . .	di Gioja Pr.ª di Bari	23.
22.	Giuseppe Giorgio . . .	di Delia	25.
23.	Giuseppe Mancini . . .	di Casacalenda	20.
24.	Cataldo Sebastio	di Taranto	22.
25.	Domenico Santacroce. .	di Andria	22.
26.	Francesco de Lisio. . .	di Petrella assistente di clinica.	25.
27.	Ferdinando La torre. .	di Sicilia.	29.
28.	Biagio Crescimone . . .	idem	22.
29.	Giovanni Gianelli . . .	di Padula	24.

30. . Giacinto Rossi . . . . . di Compobasso . . . . . 25.
31. . Francesco Campo. . . . di Sicilia . . . . . 30.
32. . Pasquale Pacino . . . . idem . . . . . 20.
33. . Vincenzo Riciferi. . . . idem . . . . . 26.
34. . Gennaro Desiderio . . . di Napoli. . . . . 26.
35. . Giuseppe Ciello . . . . di Tiano . . . . . 21.
36. . Antonio Galgano . . . . di Montepeloso . . . . . 20.
37. . Gaetano Torno. . . . . di Paludi. . . . . 26.
38. . Rafaele d' Onofrio . . . di Montefalcone . . . . . 28.
39. . Cesare Palmieri . . . . di Faicchio. . . . . 25.
40. . Felice Ferrajuolo. . . . di Pozzuoli . . . . . 25.
41. . Andrea Rosetti . . . . . di Senisa. . . . . 23.
42. . Vincenzo M.ª Razzano . di Darazzano. . . . . 23.
43. . Raffaele de Cesare . . . di Santangelo a Piedimonte . 20.
44. . Francesco de Tommasi. di Spinete Assistente di clinica 23.

De' giovani più distinti nella scuola clinica.

§. 1. Fra i 44 studiosi registrati qui sopra, si distinsero i signori, de Tommasi, Portal, Sebastio, de Lisio, Crescimone, e Pacino, i quali con somma diligenza hanno assistito alle lezioni, a tutti gli esercizj, ed hanno eseguito molte operazioni tanto sul cadavere, come sul vivente.

ANNOTAZIONE III.

Intorno alle 87 operazioni chirurgiche praticate in clinica nel corso di detto anno.

87. individui de' quali 3. senza utilità.

§. 1. Dall' esame analitico de' prospetti raccolti in quest' anno risulta, che le operazioni oftalmologiche sono state praticate sopra 87. individui de' quali 69. ottennero il più felice sucesso, 15 notabile utilità, e solamente 3: restarono senza verun profitto, perchè due ebbero a soffrire la suppurazione di un' occhio, e quindi atrofia, ed un terzo per nome Adamo Aitel restò senza profitto per causa di cateratta secondaria, la quale probabilmente sarebbesi potuta evitare, se non fosse stato tentato l' esperimento della reclinazione anteriore, che venne seguita da cateratta secondaria casulare.

Tre casi difficili con poca utilità.

§. 2. I casi più difficili di atresia, in cui per altro l'ectomia ottenne un sucesso buono furono quelli di Lucia de Santo, Graziano de-Martino e Tommaso Mandicella, in questi tre casi superando molte difficoltà si ottenne di ripristinare debol grado di vista, perchè lo spazio sano della cornea era picciolo.

Due soli casi di paralisi osservati in quest'anno.

§. 3. È anche degno di osservazione, che de'31 individui portati ne' prospetti n.° 10, ed 11 non vi sieno stati, che due casi di debolezza nervosa già sospettata prima dell' operazione, ne' quali si ottenne poco vantaggio. Ho notato, che ne' primi anni della mia pratica i casi di ambliopia nervosa vennero osservati alla alla ragione di 18: per 100, e molte volte senza poterli prevvedere; in questi due casi l'operazione fu praticata, perchè non potei determinare se vi fosse ambliopia, o semi-ambliopia, e nella jengo riuscì di notabile utilità, perchè vi era semi-ambliopia.

Non vi furono tristi eventi; e la suppurazione si osservò in due soli occhi.

§. 4. Nè l'improvviso vuotamento, nè l' emorragia, nè l'iritide grave, nè la perdita del cristallino mai si notarono, quantunque fossero al numero di 43 gli occhi, ne' quali o venne praticata la coropeja, o l' operazione della cateratta, e due soli casi vennero seguitati dalla perdita dell' occhio per una suppurazione sviluppa-

tasi lentamente siccome ho detto, e le particolari cagioni spiegherò meglio altrove.

§. 5 Dal paragrafo antecedente adunque si raccoglie, che non abbiamo incontrato veruno de' tristi effetti temuti dai nostri maestri, i quali pur troppo sul cominciare della mia pratica si presentavano, e mi toglievano il buon sucesso sperato, almeno nella quinta parte de' casi. Aggiungo anzi che i più tristi avvenimenti, come l' emorragia in caso di estrazione, e la perdita del cristallino in caso di ectomia, non si notarono mai in questo triennio di cui ho dato conto, eppure gli occhi sottoposti alle indicate operazioni furono in numero di 165, se vogliasi considerare tutto il triennio.

In questo triennio non si osservò nè emorragia, nè perdita del cristallino.

§. 6. Circa all' età delle persone curate in questo anno, sebbene si notassero alcuni casi di atresia in cui l' uomo oltrepassava i 40 anni, e viceversa cinque casi di cateratta in persone, che erano al disotto de' 50, pur non di meno risulta, che 18 individui affetti d' atresia formavano un cumulo di anni 552 e soli 13 affetti da cateratta giugnevano a 672 anni sommando la loro età; resta dunque confermato quel tanto che ho detto nel Lib. I pag. 213 che la cateratta più comunemente attacca gli uomini di età avanzata, e l' atresia i giovani, e che l' età non farà mai una controindicazione per un buon oculista.

Erano in generale più avanzati di età gli uomini affetti da cateratta e più giovani quelli affetti da atresia.

§. 7. Si vedrà in oltre che le dette operazioni vennero praticate in tutti i mesi dell' anno con successo buono, e da ciò resta provato quel tanto, che ho detto nel lib. I. pag. 187, riguardo alla poca influenza delle stagioni, la quale dagli antichi maestri era stata molto valutata per qualunque operazione chirurgica. Vedi lib. I. p. 210.

Pruove che le stagioni non hanno influenza dannosa.

In fine sarà facile persuadersi, che siccome nessun individuo di quanti se ne presentarono affetti, o da cateratta, o da atresia è mai stato rifiutato; ve ne doveano essere non solo di tutte le età, e di tutti i temperamenti; ma altresì affetti da contagi, e discrasie sfavorevoli, nè per questo ebbero tristi successi le operazioni, se vogliasi eccettuare il caso di Javarone, il quale per altro quantunque scorbutico, e sifilitico avea ottenuto felice guarigione nell'occhio sinistro due anni addietro, siccome in questo medesimo anno il Percacciulo storpio per artritide, e sifilide, e scorbutico ricuperò la vista felicemente, e così la Bettiglieri ol-

Casi in cui la sifilide, e le discrasie le più sfavorevoli non hanno sviluppato dannosa influenza.

*

tremodo gracile, e scorbutica, e finalmente i sifilitici Gabriele Lancia, Giuseppe Peretti, e Nicola d' Alessio tutti furono guariti felicemente.

Utilità dell' operazione tanto in caso di un occhio sano, come ne' casi di operazione praticata ad un tempo in ambedue gli occhi.

§. 8. Abbiamo posto attenzione a coloro, che avendo un sol' occhio perduto vennero sottoposti all' operazione, e tutti si chiamarono ben contenti di aver ricuperata la vista, nè si dolsero della forza visiva ineguale; e ne' tredici casi ne' quali ambedue gli occhi vennero sottoposti all' operazione abbiamo avuto anche motivo di essere ben contenti de' risultamenti ottenuti.

Conferma trovata per le regole addottate in clinica.

§ 9. In generale adunque diremo di aver trovate assai giuste le regole stabilite ne' due volumi precedenti, ma ora per dar maggiore soddisfazione a' miei lettori esporrò partitamente le varie classi di operazioni praticate in questi casi.

Intorno al prospetto n.° I.° degli Individui 21 sottoposti all' operazione per causa della trichiasi cigliare.

Trichiasi curata utilmente coll'acido; e suo rinnovamento osservato coll' andar del tempo.

§. 1. Si nota, che dieciotto sono guariti e tre hanno ottenuto notabile miglioramento dall' applicazione dell'acido; ho fatto considerare agli studenti che due individui erano stati curati qualche anno prima, e la trichiasi erasi rinnovata per l' età, come si spiega nel libro II. pag. 18 §. 13: essi furono Lorenzo Javarone, e Biagio Parrillo. Vedi il Prospetto n.° 1.

Tigna palpebrale sempre guarita.

§. 2. Il prospetto n.° 2 indica gl' individui curati per la tigna palpebrale, che furono 10 tutti guariti.

Due casi di Fistola lagrimale.

§. 3. Il prospetto n.° 3 riguarda due individui sottoposti all' operazione, onde curare la fistola lagrimale. Rosa Restano si è perfettamente ristabilita, la fistola trovavasi in questo caso in quello stato, che dal professore Beer venne chiamato idrope del sacco, e sull' osso unguis presentavasi un tumore grosso come un' avellana, il condotto nasale era così dilatato che vi si poteva introdurre la punta di un dito al luogo dove il sacco stava collocato, tutto il sacco si è trovato ripieno di materia mucosa, e glutinosa, simile all' albume dell' uovo, in questo caso, dopo l' apertura del sacco la pietra infernale venne applicata a grandi dosi, ed in un giorno ne ho introdotto un pezzo del peso di due dramme,

che tutto si disciolse, e passò entro le narici, e nella gola dell' inferma senza verun danno. Questo sperimento servirà a rassicurare coloro, i quali temessero gravi danni per la salute dell' infermo dall' introduzione di due, o tre acini della pietra infernale nel sacco lagrimale. Maria Angela Esposito non ha continuato a presentarsi, perchè la cura suol riuscire nojosa e penosa in tutti i casi di fistola, e questa non ebbe la necessaria insistenza e pazienza onde guarire.

Singolare tumor Cistico osservato nel contorno delle palpebre.

§. 4. Vi fu un solo individuo sottoposto all' operazione per curare un tumore cistico nel contorno dell' orbita. Egli restò guarito perfettamente; questo tumore essendo vicino al nervo sopra-orbitale ho dubitato, che l' estirpazione riuscir potesse di qualche pericolo per detto nervo, e per la vista e nel primo tentativo fui contento di aprirlo, e vuotarlo, perchè ripieno di sostanza molle, simile al miele nell' aspetto; ma dopo averla evacuata per ben due volte vedendo, che si era riprodotta cercai di scoprire la cistide, e presala coll' ago, e col doppio filo ne tolsi via tutta la parte anteriore lasciando a suo posto la parte, ch' era addossata all' arco sopracigliare, perchè scorgevasi molto aderente al periostio sopra-orbitale, e questa operazione bastò a guarire l' infermo.

Cinque casi di pterigio uno de' quali complicato con ettropio.

§. 5. Il prospetto n.° 5 riguarda sei individui sottoposti all' estirpazione dello pterigio, in tutti la guarigione si ottenne con felicità, ed in un caso lo rendeva complicato un ettropio, che venne portato via nel consueto modo, e si guarì. (Vedi lib. I *Annotazione* IV) Nessuno di questi fu obbligato a letto; ma vennero curati fra gli ambulanti.

Cinque individui curati mediante l' estirpazione dell' ettropio.

§. 6. Nel prospetto n.° 6 sono registrati i nomi di cinque individui sottoposti all' estirpazione dell' ettropio, e tutti furono guariti felicemente senza nemmeno guardare il letto; e l' ettropio venne estirpato togliendo via la congiuntiva fungosa dalla parte interna delle palpebre

Tre casi di encantide, ed una maligna, che si è riprodotta.

§. 7. Il prospetto n.° 7 porta i nomi di quattro individui sottoposti all' estirpazione dell' encantide, e di fungosità dolenti, e nerastre sulla congiuntiva in vicinanza della caruncula. Tre sono guariti felicemente, ma la nominata Stella Mattina, come aveva

fungosità dolenti e nerastre, presentò notabilissime difficoltà, ed è stata oltremodo irrequieta ; sicchè tre persone non bastavano a tenerla , e quest' operazione sembrava piuttosto un combattimento di pugillatori , che una pratica filantropica , il tumore non potè essere asportato interamente, e vedevasi già metà della cornea aderente al medesimo, ch'erasi fatta quasi stafilomatosa: nel momento dell'operazione si osservò , che un' arteriuccia molto ingrossata ha prodotto una emorragia non mai osservata sì forte in questi casi di estirpazione , locchè dimostra la grave alterazione avvenuta in quest' organo, e dopo 15 giorni l'encantide erasi nuovamente riprodotta , come se non fosse stata estirpata. Queste grosse arteriuccie osservate più fiate ne' casi di fungosità della congiuntiva , mi portano a credere , che per curare con profitto i tumori alimentati da esse , o si dovrebbe applicare il fuoco , o la legatura all' arteria , che alimenta la fungosità.

Seconda estirpazione tentata nella medesima persona.

§. 8. Questa medesima donna si presentò in mia casa dopo altri 20 giorni, e praticai una seconda estispazione dell' encantide con moltissimo stento , e con forte zampillo arterioso , ma dopo non si è più fatta vedere.

Quattro estirpazioni di totale Stafiloma.

§. 9. Il prospetto n. 8. riguarda quattro individui sottoposti all' estirpazione dello stafiloma totale , in questi la vista era perduta , e l'operazione si è praticata unicamente ad oggetto di appianare gli stafilomi , onde far cessare i dolori , ed applicare in seguito gli occhi artificiali , locchè è quanto l'arte permette sperare in simili casi , e si pratica se trovasi sano l' altro occhio.

Tre recisioni dell'ernia dell'iride riuscite felicemente.

§. 10. Nel prospetto n. 9 si notano tre individui ne'quali venne praticata la recisione dell' ernia dell' iride e tutti ebbero notabile profitto essendosi radicalmente curate le ernie , e cicatrizzate le ulceri , le oftalmie sono anche finite prontamente rimanendo l'occlusione della pupilla solamente in due casi in cui si era di già formata, e Maria Carligione conservò anche la pupilla aperta mentre erasi presentata innanzi che si chiudesse. In due casi l'ernia era conseguenza di oftalmia scrofolosa , e nella persona di Antonio Trapano era effetto di oftalmoblenorrea degenerata.

Intorno a' 18. individui ne'quali venne praticata la coropeja.

§. 11. Il prospetto n. 10 riguarda diciotto individui sottoposti alla coropeja , e neppure in un solo si è presentata iritide , o

violenta oftalmia traumatica; benchè nel caso di Lorenzo Javarone si osservò una suppurazione senza grave infiammazione; talchè l'esito è stato infelice, ed io credo, che l'occhio sia caduto in suppurazione per mancanza di vitalità ne' lembi della ferita; poichè l'uomo era vecchio, debole, scorbutico, e sifilitico, e forse vi ebbe influenza un poco di stento che s'incontrò nel distaccar l'iride, dalla cornea prima di reciderla; si rimasero discostati i lembi della ferita, e non ebbe vitalità bastante, onde ricomporli nè l'occhio potè guarire di prima intenzione, quantunque l'altro due anni prima avesse sostenuto con felicità la stessa ectomia praticata in vece con molta facilità, perchè nel sinistro vi era debole sinechia, e nel destro le aderenze dell'iride resero più stentata l'operazione, vi potrebbe esser concorsa anche l'irrequietezza dell'infermo che forse ha portato la palpebra inferiore fra i lembi della cornea ferita.

§. 12. In tutti gli altri 17 individui l'operazione riuscì tanto felice quanto poteasi sperare avuto riguardo al campo, che trovavasi sano nella cornea, talchè ne' due casi della de Santo, e del Mandicella, quantunque picciol grado di vista ricuperassero, si ottenne quel tanto, ch'era possibile sperare, considerato il campo che rimaneva libero.

L'operazione riuscì utile negli altri 17. compresi due casi difficili.

§. 13. Riuscirono utili le pupille nel caso di Pietro Antonio Donato, quantunque non fossero omologhe, e l'uomo non ebbe perciò lo strabismo.

Non vi è stato strabismo, quantunque le pupille non fossero omologhe.

§. 14. Il caso di Gabriele Lancia, nel quale riuscì tanto vantaggiosa la seconda pupilla aperta quest'anno verso l'angolo interno, quantunque verso l'angolo esterno, ne fosse stata aperta un'altra non senza utilità l'anno antecedente, dimostra, che l'occhio può sopportare due operazioni di tal natura, e che la pupilla, la quale viene aperta verso il canto interno, se la cornea è diafana quanto si richiede, riesce più vantaggiosa di quella, che si apre verso il canto esterno a condizioni uguali; in questo caso la picciola apertura dell'iride avea cagionato una quasi totale aplocia.

Caso di due operazioni praticate sul medesimo occhio.

§. 15. Il caso di Graziano de Martino nel quale venne aperta una seconda volta la pupilla per dilatare quella medesima ch'era stata aperta un'anno prima, ci ha convinti ognor più dell'utilità

Caso che dimostra l'utilità di aprir grandi pupille.

di aprire pupille assai grandi come ho spiegato lib. I. pag. 194. e seg. e lib. II. e pag. 273.

De' tredici individui sottoposti all' operazione della cateratta.

§. 16. Il prospetto n. 11 riguarda tredici individui sottoposti all' operazione della cateratta, fra questi in un sol caso si volle tentare la reclinazione anteriore, che venne eseguita nell' occhio sinistro di Adamo Aitel, e quantunque l' operazione sembrasse nel momento la più facile, e felice possibile, venne però seguitata da cateratta secondaria. Fra gli altri dodici ne' quali è stata praticata l' estrazione anteriore vi fu il solo caso di Luigi Carbone, nel quale per causa di sua bestiale irrequietezza nel tempo della consecutiva cura non potè restar ricomposta la ferita, e quantunque non vi fossero nè discrasie, nè contaggi sfavorevoli, quantunque l' iride non fosse stata menomamente offesa, talchè non ebbe luogo nè oftalmia traumatica, nè iritide; pure sursero dopo otto giorni i sintomi della suppurazione, e si trovarono scostati i margini della ferita, e la palpebra inferiore insinuatasi per entro ai lembi della medesima di modo, che l'occhio si guarì di seconda intenzione e cadde in atrofia per la suppurazione dei lembi feriti.

Dimo Nestore ha sofferto per causa di estraordinaria irrequietezza.

§. 17. Negli altri undici individui non si è notata veruna irritazione fuorchè nel caso di Dimo Nestore, il quale essendo stato estraordinariamente irrequieto nel momento dell' operazione soffrì qualche contusione all' iride ed ebbe poi l' iritide, che si potè felicemente curare: ma non essendomi riuscito di poter togliere tutta la parte centrale della casula, dopo terminata la cura videsi parte della pupilla ingombrata; ciò non di meno egli prima di partire dalla clinica avea l' occhio libero da qualunque irritazione traumatica, e ci diede a conoscere, che avea ricuperato un sufficiente grado di vista, essendo libera la pupilla in gran parte.

Otto ricuperarono perfettamente la vista, e due aveano paralisi.

§. 18. Tra gli altri dieci, otto ricuperarono perfettamente la facoldi vedere, e soltanto la Iengo, ed il Varriano acquistarono deboli gradi di forza visiva, quantunque le cateratte fossero state felicemente estratte, e le pupille si vedessero sgombrate, e le cornee sanate perfettamente; ma in questi due casi si era pronosticata la debolezza de' nervi, e si praticò l' operazione perchè non si poteva prima riconoscere se vi fosse ambliopia, oppure semiambliopia il quale grado di paralisi dopo venne riconosciuto nella jengo e l' am-

bliopia si osservò nel Varriano a cui riuscì quasi del tutto inutile il soccorso dell' operazione.

§. 19. Accumulando ora i casi di estrazione anteriore osservati in clinica in questi tre anni si può facilmente da' miei prospetti raccogliere, che gli occhi sottoposti alla detta operazione giungono al numero di 54 de' quali 4 ebbero atrofia e 4 cateratta secondaria, due però di questi ultimi ricuperarono la vista col mezzo d' una seconda operazione, talchè possiamo dire che all'incirca otto per cento ebbero atrofia, e 4 per cento cateratta secondaria non possibile a curarsi da noi.

Nel triennio i casi di estrazione furono 54, de' quali sei senza utilità.

§. 20. Le depressioni furono in tutte 22 e tre occhi ebbero atrofia, e 3 cateratta secondaria, la quale non si potè curare a motivo, che gli uomini vedevano bastantemente coll' altro occhio nè vollero sottoporsi a nuove operazioni, e ciò porta, che circa il 15 per cento ebbero atrofia, e 15 per cento cateratta secondaria, laonde la perdita arriva al 30 per cento; ed invece nell' estrazione anteriore la perdita non è riuscita neppure eguale al 12 per cento.

In 22. casi di depressione si notano 3. casi di atrofia e 3. di cateratta secondaria.

§. 21. Inoltre ne' casi di estrazione si osservarono 2 individui con residui casulari, che faceano temere la formazione di una cateratta secondaria, questi furono osservati in un occhio di Giordano, ed in quello di Dimo Nestore, ma per la cheratonisi un simile difetto si osservò ne' 3 casi di Gragnano, Boriello, e Del Giudice riportati fra i 22 casi di depressione.

Residui casulari osservati in due occhi de' 54. curati per via dell'estrazione e 3. casi fra i 22 curati per mezzo della depressione.

§. 22. Io non metterò qui a calcolo i casi di ambliopia; o di semiambliopia ne' quali essendo libera la pupilla, e sanata la ferita della cornea l' uomo non potè ricuperar la vista per causa di paralisi, che ciò sarebbe accaduto egualmente qualunque metodo fosse stato adoperato; laonde sarà giusto conchiudere che le osservazioni raccolte in clinica risultano assai favorevoli alla estrazione anteriore. Faccio in fine osservare, che si è parlato di occhi, e non di persone, e siccome in molti casi ho eseguito l'operazione della cateratta ad ambedue gli occhi, l'uomo ha ricuperato quasi sempre la vista ad un occhio almeno, anche ne' casi disgraziati in cui un' occhio si è perduto, o per causa di suppurazione, o per cateratta secondaria; locchè prova moltissimo a favore della pratica di allontanare

Casi ne' quali il metodo non avrebbe avuto influenza.

ambedue le cateratte dalla pupilla nell'istesso giorno (vedi lib. I. pag. 227), l' iritide, o la suppurazione sviluppatasi in un occhio non ha mai recato danno all' altro, e ricuperato un occhio non ho quasi mai notato, che l'uomo volesse mettersi un' altra volta nelle tenebre per un mese, ragione per cui egli si rimase monoculo, come se avesse incontrato la disgrazia o di una cateratta secondaria o di un' atrofia. Queste sono le ragioni per le quali io loderò sempre la pratica di togliere ambedue le cateratte l' istesso giorno quando sieno curabili.

PROSPETTO N.° I.

Che riguarda l' operazione della Trichiasi Cigliare.

D'ORDINE.	EPOCA dell' OPERAZIONE.	NOMI E COGNOMI.	ETA' di ANNI.	PATRIA.	TEMPERAMENTO.	INFERMITA'.	PROGNOST.	ESITO.	ANNOTAZIONI.
1.	3. Marzo.	Giuseppe Pancio.	40.	Napoli.	Astenico-Bilioso.	Trichiasi alle palpebre superiori e panno.	Favorevole.	Felice adi 8. luglio.	
2.	10. *id.*	Lorenzo Javarone.	50.	*id.*	*id.* Linfatico e scorbutico.	*id.* e leucomi alla parte superiore.	Dubbia.	Poco meglio.	Operazione di Ectomia preceduta.
3.	10. *id.*	Antonio Artone.	55.	Sorrento.	Robusto.	*id.*	Favorevole.	Felice al 1. Luglio.	Altre fiate guarita.
4.	27. Aprile.	Genn. Schiattarelli.	34.	Napoli.	Sanguigno.	Trichiasi alle palpebre superiori.	*id.*	*id.* al 1. Giugno.	
5.	14. *id.*	Giacomo Panico.	25.	*id.*	Astenico linfatico.	*id.* alle superiori.	*id.*	*id.*	
6.	16. *id.*	Giuseppe Buonvantino.	29.	*id.*	*id.*	Trichiasi in tutte le palpebre, e gonfiezza.	*id.*	*id.* adi 1. Luglio.	Altra volta operato.
7.	21. *id.*	Biagio Parillo.	48.	*id.*	*id.*	Panni, e leucomi.	*id.*	*id.* 1. Agosto.	
8.	4. Maggio.	Serafino Anisposito.	50.	*id.*	*id.*	*id.* alle superiori e panno.	*id.*	*id.* adi 30. Maggio.	
9.	20. Aprile.	Marianna Panico.	34.	*id.*	*id.*	*id.* nella parte media delle palp. sup. e pan.	*id.*	*id.* al 1. Agosto.	
10.	25. *id.*	Domenico Vetro.	74.	*id.*	*id.*	Residuo di oftalmia e trichiasi a tutte le palpebre.	*id.*	*id.* al 22. Maggio.	
11.	16. Maggio.	Giacinto Gomez.	53.	*id.*	Sanguigno.	Oftamoblenorrea cronica con panno e trichiasi dell'infer. destr.	*id.*	Quasi guarito al 1. Giugno.	
12.	25. *id.*	Marianna Ajello.	60.	*id.*	Astenico linfatico.	Trichiasi leucomi e panno.	*id.*	Guarita al 1. Agosto.	
13.	8. *id.*	Antonio Russo.	45.	*id.*	Stenico.	*id.* parziale alla super. del destro ed infiam. del sinistro occhio.	*id.*	Felice adi 30. Maggio.	
14.	8. Giugno.	Giacomo di Cosenza.	24.	*id.*	*id.*	Panno al sinist. con trichiasi di tutte le palp.	*id.*	*id.* adi 29. Giugno.	
15.	*id.*	Raffaele de Angelis.	31.	*id.*	*id.*	Panno ad ambedue, e trichiasi alle palpeb.	*id.*	*id.* al 1. Luglio.	
16.	*id.*	Pirra Salvatella.	24.	*id.*	Astenico linfatico.	Trichiasi a tutte le palpebre, e panno.	*id.*	*id.*	
17.	10. *id.*	Teresa Ruggiero.	44.	*id.*	Stenico.	*id.* e panno al sinistro.	*id.*	*id.*	
18.	20. Giugno.	Maria.ª Schiattariello.	10.	*id.*	Astenico linfatico.	*id.* alle superiori e panno.	*id.*	*id.* adi 30.	
19.	28. *id.*	Gelsomina Ferrara.	50.	*id.*	*id.*	*id.*	*id.*	*id.* adi 30.	
20.	10. Agosto.	Vincenzo Ascione.	14.	Torre del Greco.	Stenico.	Trichiasi alle superiori palpebre.	*id.*	Continua con notabile miglioramento.	
21.	18. Novem.	Filippo Caciuotto.	24.	Napoli.	Sanguigno.	*id.*	*id.*	Guarito adi 17 Genn.	

Individui n. 21. de' quali guariti 18. ridotti a migliore stato 3.

PROSPETTO N.° II.

Che riguarda le persone curate per la tigna palpebrale, queste furono individui n.° 10.

NUMERO D'ORDINE.	EPOCA dell' OPERAZIONE.	NOMI E COGNOMI.	ETA' di ANNI.	PATRIA.	TEMPERAMENTO.	INFERMITA'.	PROGNOSI.	ESITO.	ANNOTAZI
1.	11. Febbrajo.	Gio: Batt. Giannesi.	50.	Napoli.	Astenico nervoso.	Da un anno in quà oftalmia scrof. con panno e tigna parz.	Favorevole.	Felice a dì 20. Maggio.	
2.	9. Marzo.	Giuseppe Pedata.	8.	S. Antimo.	Robusto.	Tigna ad ambi gli occhi e legg. oftalmia.	*id.*	*id.* adi 4. Maggio.	
3.	14. *id.*	Catterina Gasalino.	19.	Genova.	*id.*	Tigna al destro.	*id.*	*id.* adi 8. Maggio.	
4.	29. *id.*	Rosa Scuro.	39.	Napoli.	Astenico-linfatico.	Tigna e legg. oftalmia.	*id.*	*id.* a' 14. Aprile.	
5.	14. Aprile.	Antonio Russo.	5.	*id.*	*id.*	Tigna e panno.	*id.*	*id.* al 1. Giugno.	
6.	2. Giugno.	Maria Esposito.	16.	*id.*	*id.*	Tigna al destro.	*id.*	*id.* adi 15. Luglio.	
7.	18. *id.*	Eleonora Cardua.	56.	*id.*	*id.*	Panni, e tigna.	*id.*	*id.* adi 30. Giugno.	
8.	25. *id.*	Anna Bettelemmeo.	6.	*id.*	*id.*	Tigna ed ulcere scrof. alle cornee con encantide.	*id.*	*id.* adi 1. Luglio.	
9.	26. Giugno.	Antonio Strazullo.	22.	*id.*	*id.*	Leucomi e tigna.	*id.*	*id.* adi 20. Marzo.	In primave stata ope di pup. A
10.	28. *id.*	Anna Villani.	48.	Marigliano.	*id.*	Oftalmoblenorrea al destro e tigna.	*id.*	*id.* adi 28. Marzo.	

Individui n. 10. tutti guariti.

PROSPETTO N.° III.

Desunto dalle storie, che riguardano le persone curate per la Fistola lagrimale, furono individui n. 2.

NUMERO D'ORDINE.	EPOCA. dell' OPERAZIONE.	NOMI E COGNOMI.	ETA' di ANNI.	PATRIA.	TEMPERAMENTO.	INFERMITA'.	PROGNOSI.	ESITO.	ANNOTAZION
1.	22. Febbr.	Rosa Restano.	52.	Napoli.	Astenico-Linfatico.	Fistola non aperta, ossia idrope del sacco al destro lato.	Felice.	Guarita adi 30. Aprile.	Operata al fiate per chiasi.
2.	11. Marzo.	Maria Ang. Esposito.	14.	*id.*	*id.*	Fistola suppurata al destro lato.	*id.*	Meglio e non continua a curarsi.	

Individui n. 2. 1 guarito, l'altra si trascura; ma andava meglio.

PROSPETTO N.° IV.

Sopra un tumore cistico osservato in un solo individuo.

D'ORDINE.	EPOCA dell' OPERAZIONE.	NOME E COGNOME.	ETA' di ANNI.	PATRIA.	TEMPERAMENTO.	INFERMITA'.	PROGNOSI.	ESITO.	ANNOTAZIONI.
.	17. Gennaio.	Maigloir Crenè.	18.	Francese.	Robusto.	Cistico sopra l'angolo esterno della palpebra destra sup.	Favorevole.	Guarito al 1. Maggio.	Due volte operato, e nella seconda estirp. la cistide in parte.

Individuo n. 1. guarito dopo la seconda operazione.

PROSPETTO N.° V.

Che riguarda n.° 6. individui curati dallo Pterigio *mediante l' estirpazione.*

D'ORDINE.	EPOCA dell' OPERAZIONE.	NOMI E COGNOMI.	ETA' di ANNI.	PATRIA.	TEMPERAMENTO.	INFERMITA'.	PROGNOSI.	ESITO.	ANNOTAZIONI.
.	24. Marzo.	Maria Tedesco.	50.	Napoli.	Robusto.	Pterigii ad ambedue gli occhi.	Favorevole.	Quasi guarito in breve.	
.	3. Aprile.	Angelo Campanile.	30.	Bari.	Astenico linfatico.	Il sinistro con stafiloma, leucoma e pterigio.	*id.*	Per lo pterigio guarito.	
.	2. *id.*	Giovanni Scarpetta.	30.	*id.*	*id.*	Pterigio all'angolo interno del sinistro.	*id.*	Felice a dì 3. Maggio.	
.	6. *id.*	Onof. Mastrolonardo.	26.	Castellana di Bari.	Stenico.	Pterigio ed ettropio.	*id.*	Guarito al 1. Giugno.	
5.	1. Maggio.	Pasquale Ferrato.	10.	Napoli.	Astenico linfatico.	Residuo di oftalmoblenorrea e pterigii.	*id.*	Migliorato a' 2. *id.*	
6.	1. Gennaio.	Luigia Floino.	22.	*id.*	*id*	Pterigii carnosi, e panni.	*id.*	*id.*	

Individui n. 6. de' quali 4. guariti n. 2. meglio.

PROSPETTO N.° VI.

Desunto dalle storie di 5 operazioni eseguite onde estirpare l' ettropio.

NUMERO D'ORDINE.	EPOCA dell' OPERAZIONE.	NOMI E COGNOMI.	ETA' di ANNI.	PATRIA.	TEMPERAMENTO.	INFERMITA'.	PROGNOSI.	ESITO.	ANNOTAZIONI.
1.	16. Febbrajo.	Domenico Graziano.	22.	Lauro.	Astenico linfatico.	Ettropio alla sinistra palp. infer. e leggieri panni.	Favorevole.	Guarito al 1. Aprile.	
2.	Da 2. anni in quà.	Giuseppe Cardone.	23.	Salerno.	Robusto.	Oftalmia, denso panno ed ettropio all' in'er. destra.	*id.*	*id.* a' 12. Maggio.	
3.	14. Marzo.	Carmine Grasso.	42.	Napoli.	*id.*	Ettropio all' infer. palpebra sinistra.	*id.*	*id.*	Non è tornato a farsi vedere, ma si sa esser guarito.
4.	Da 2. anni in quà.	Pasquale Cosenza.	29.	Abruzzo.	Stenico linfatico.	*id.*	*id.*	Guarito adi 20. Maggio.	Operato anche di pupilla artificiale.
5.	10. Maggio.	Filippo Esposito.	11.	Napoli.	Astenico Linfatico.	Ettropio alle palpebre inferiori.	*id.*	*id.* adi 10. Giugno.	

Individui n. 5. tutti guariti.

PROSPETTO N.° VII.

Che riguarda le storie degli individui n.° 4. sottoposti all' operazione per fungosità *della congiuntiva, ossia* encantide.

NUMERO D'ORDINE.	EPOCA dell' OPERAZIONE.	NOMI E COGNOMI.	ETA' di ANNI.	PATRIA.	TEMPERAMENTO.	INFERMITA'.	PROGNOSI.	ESITO.	ANNOTAZIONI.
1.	11. Gennajo.	Giovanna Ansalone.	16.	Napoli.	Astenico nervoso.	Oftalmoblen. al destro stafiloma incipien. ed escresenz. sulla cong.	Dubbia.	Quasi guarito al 1. Maggio.	
2.	1. Gennajo.	Stella Mattina.	20.	*id.*	*id.* Linfatico.	Il destro avvizzito e fungosità dolorose.	Assai dubbia.	Ha migliorato poco.	Nel tumore trovavasi grossa arteria accentro.
3.	23. Aprile.	Giovanni de Marco.	54.	*id.*	*id.* Nervoso.	Oftalmia cronica ed escresc. su congiunt.	Felice.	Guarito li 22. Maggio.	
4.	16. Aprile.	Giuseppe Vitello.	64.	*id.*	Stenico Linfatico.	Encantide molle al sinistro.	*id.*	*id.* li 18. Luglio.	

Individui n. 4. de' quali 3. guariti, uno migliorato.

PROSPETTO N.° VIII.

In cui si dà conto degl' individui n.° 4. ne' quali venne reciso lo stafiloma.

NUMERO D'ORDINE.	EPOCA dell' OPERAZIONE.	NOMI E COGNOMI.	ETA' di ANNI.	PATRIA.	TEMPERAMENTO.	INFERMITA'	PROGNOSI.	ESITO.	ANNOTAZIONI.
1.	22. Aprile.	Grazia Murolo.	15.	Napoli.	Stenico linfatico.	Stafiloma totale al sinistro.	Favorevole circa la deformità.	Felice a' 22. Maggio.	È stato reciso.
2.	2. Maggio.	Angelo Nardelli.	32.	San Germano.	*id.*	*id.* al destro.	*id.*	*id.* adi 18. Maggio.	*id.*
3.	2. Agosto.	Ettore Marottamorell.	13.	Napoli.	Astenico linfatico.	*id.*	*id.*	Meglio adi 15. Agosto.	*id.*
4.	8. Giugno.	Donato Nannariello.	47.	Calitri.	*id.*	*id.*	*id.*	Guarito adi 28. Maggio.	È stato reciso.

Individui n. 4. ridotti in buono stato.

PROSPETTO N.° IX.

In cui si dà conto degl' individui n.° 3. ne' quali è stata curata l' ernia dell' iride mediante la recisione.

NUMERO D'ORDINE.	EPOCA dell' OPERAZIONE.	NOMI E COGNOMI.	ETA' di ANNI.	PATRIA.	TEMPERAMENTO.	INFERMITA'.	PROGNOSI.	ESITO.	ANNOTAZIONI.
1.	3. Marzo.	Raffaela Galliana.	12.	San Germano.	Stenico linfatico.	Ernia ed oftalmia scrofolosa al destro con atresia.	Favorevole ma non per la vista.	Ha migliorato assai.	
2.	25. Aprile.	Antonio Trapano.	19.	Sorrento.	*id.*	Ernia con atresia della pupilla destra.	Poco favorevole.	Quasi guarito al 1. Luglio.	
3.	28. Luglio.	Maria Carligione.	7.	Napoli.	Astenico linfatico.	Ernia dell'iride al sinistro.	Favorevole per la vista.	Continua e và meglio.	Ha notabilmente migliorato, e vede.

Individui n. 3. due meglio 1. ha conservato la pupilla aperta.

PROSPETTO N.° X.

Che risulta dalle storie di 18. individui sottoposti all' ectomia *in caso di sinizesi , o di ceratoscotesi.*

NUMERO D'ORDINE.	EPOCA dell' OPERAZIONE.	NOMI E COGNOMI.	SE MILITARE.	ETA' di ANNI	TEMPERAMENTO.	CONDIZIONE dell' ALTRO OCCHIO	DA QUANTO TEMPO CIECO.	OPERAZIONE.	PRONOSTICO.	OCCHIO OPERATO.	SE INFIAMMAZ.	ESITO	EPOCA della GUARIGIONE.
1.	A. 1817. 18. Novem.	Domen. Spaziani.	Milit.	27.	Astenico linfatico.	Ambedue.	Da 4. mesi. cieco.	Ectomia ed estrazione della catt. sp.	Favorevole a sinis. dubbio pel dest.	Ambedue per sinizesi.	Nò.	Felice a 2.	1. Decemb. esce.
2.	11. Decem.	Lucia de Santo.	Civile.	28.	Robusta.	Sinistro suppurato.	Da 2. anni.	Ectomia anteriore.	Dubbia campo picciolo.	Destro per ceratoscotosi.	Nò.	Poco utile.	27. Decem.
3.	A. 1818. 17. Genn.	Pietro Catolino.	Milit.	50.	Sanguigno sifilitico.		Da 2. mesi.	*id.*	Favorevole.	Ambedue.	*id.*	Felice.	7. Febbr.
4.	28. Febbr.	Anto. Strazullo.	Civile.	22.	Astenico Linfatico.		Dall'infanz.	*id.*	*id.*	Destro *id.*	*id.*	*id.*	14. *id.*
5.	*id.*	Piet. Ant. Donati.	Milit.	41.	*id.*	Vede poco	1. anno.	*id.*	*id.*	Ambedue.	*id.*	*id.*	10. *id.*
6.	21. Febbr.	Pasquale Sacco.	Civile.	23.	Robusto.	*id.*	5. mesi.	*id.*	Dubbia.	Destro.	*id.*	*id.*	6. Marzo.
7.	*id.*	Graz. de Martino.	*id.*	7.	Astenico linfatico.	Operato altra volta con vantaggio.	Più anni.	*id.*	*id.* campo picciolo.	*id.*	*id.*	Poco utile.	*id.*
8.	7. Marzo.	Vincen. Mirando.	Milit.	33.	*id.*		3. anni.	*id.*	Favorevole.	*id.*	*id.*	Felice.	22. Marzo.
9.	9. *id.*	Loren. Javarone.	Civile.	55.	Scorbutico, sifilide ed astenico linfatic.	*id.*	6. anni.	*id.*	Dubbia.	*id.*	Si.	Infelice suppurat.	7. Aprile.
10.	14. *id.*	Donato Greco.	Milit.	28.	Eccitabile stenico.	*id.*	*id.*	*id.*	*id.*	Sinistro.	*id.*	Felice.	28. Marzo.
11.	2. Aprile.	Nicc. di Alessio.	*id.*	27.	Astenico linfatico.	Panno.	1. anno.	*id.*	*id.*	Ambedue.	*id.*	*id.*	1. Maggio.
12.	3. *id.*	Luigi Antolfo.	Civile.	22.	Stenico nervoso.	Operato già con vantag.	*id.*	*id.*	*id.*	*id.*	*id.*	*id.* al sinistro, dest. offusc.	19. Aprile.
13.	18. *id.*	Giuseppe Peretti.	Milit.	42.	Linfatico e sifilide.	Staffioma.	5. anni.	*id.*	*id.*	Destro.	*id.*	Felice.	1. Maggio.
14.	9. Maggio.	Gabriele Lancia.	*id.*	241	Astenico linfatico e sifilide.	*id.*	1. anno e mezzo.	*id.*	*id.*	Sinistro.	*id.*	*id.*	Operat. l ar antecedente 25. Maggio
15.	12, *id.*	Tom. Mandicella.	Civile.	26.	*id.*	Poco offuscato.	*id.*	*id.*	Dubbia per campo picciolo.	*id.*	*id.*	Poco utile.	28. *id.*
16.	27. Giugno.	Gaetano Corsano.	*id.*	30.	Astenico bilioso.	*id.*	4. anni.	*id.*	Favorevole.	*id.*	*id.*	Felice.	13. Luglio.
17.	25. Luglio.	Carm. Sorrentino.	*id.*	45.	Stenico nervoso.	Stafiloma.	3. anni.	*id.*	*id.*	Destro.	*id.*	*id.*	8. Agosto.
18.	8. Agosto.	Orazio Ottone.	Milit.	22.	*id.*	*id.*	3. mesi.	*id.*	*id.*	Sinistro.	*id.*	*id.*	28. *id.*

Individui n. 18. Infelice 1. Poco utili 3. per campo angusto. Felici 14.

PROSPETTO N.° XI.

Desunto dalle storie di 13. individui che hanno sostenuto l' eteraxi.

NUMERO D'ORDINE.	EPOCA dell' OPERAZIONE	NOMI E COGNOMI.	SE MILITARE.	ETA' di ANNI.	TEMPERAMENTO.	STATO di CADAUN OCCHIO.	DA QUANTO TEMPO.	OPERAZIONE.	PROGNOST.	QUALE OCCHIO.	SE INFIAMMAZIONE.	ESITO.
1.	1817. 25. Novembre.	Nunzio Rossi.	Civile.	36.	Astenico linfatico.	Nel destro tentata da altri la depressione rimontata, e vi è stata iritide con paralisi.	Da 1. anno	Estrazione anteriore.	Favorev.	Al sinist.	Nò infiammaz.	Felice 1. Decim.
2.	13. Decembre.	Alessan. de Nuzus.	*id.*	33.	*id.*	Ambedue caterat.	Da 13. anni.	*id.* e poi cateratta secondaria.	*id.*	Ambedue.	Iritide tarda al sinistro.	Felice al destro 11. Dec.
3.	1818. 14. Febbrajo.	Giov. Persichillo.	*id.*	33.	*id.*	*id.*	Da 3. anni	*id.*	*id.*	*id.*	Non manifesta.	Feli e 9. Marzo.
4.	28. Marzo	Vincenzà Jengo.	*id.*	60.	Nervoso astenico sifilitico.	*id.*	Da 13. anni.	*id.*	Dubbia.	*id.*	*id.*	Poco utile per nervi.
5.	*id.*	Gio. Adamo Aitel.	Milit.	80.	Astenico linfatico.	Sinistro adombrato.	Da 3. anni	Cheratonisi.	Favorev.	Il destro.	*id.*	Inutile 11. Aprile
6.	18. Aprile.	Aniel. de Matteo.	Civile.	60.	*id.*	Il destro opaco, il sinistro operato 20. anni fà felicemente.	Da 20. anni	Estrazione anteriore.	Dubbia.	*id.*	*id.*	Felice 7. Magg.
7.	22. *id.*	Berard. Variano.	*id.*	20.	*id.*	Ambedue.	Da 12. anni.	*id.*	*id.* per nervi.	Ambedue.	*id.*	Poco utile per nervi.
8.	4. Maggio.	Dimo Nestore.	Milit.	62.	Bilioso-stenico.	Sano il sinistro.	Da 8. mesi	*id.*	Favorev.	Il destro.	Infiammazione.	Utile.
9.	9. *id.*	Genn. Carbone.	Civile.	53.	Robusto.	Destro adombrato.	Sinistr. da 7. anni, destro 4.	*id.*	*id.*	Il sinistr.	Infiamm. e suppur.	Infelice.
10.	20. Giugn.	Carlo Ricciuti.	*id.*	60.	Astenico linfatico scorbutico.	Ambedue.	1. anno.	*id.*	*id.*	Ambedue.	Non manifesta.	Felice 26. Luglio
11.	27. *id.*	Tomm. Ferrara.	*id.*	60.	*id.*	*id.*	2. anni.	*id.*	*id.*	*id.*	Infiammazione.	Felice 8. Agosto
12.	18. Luglio	Dom. Pecacciuolo.	*id.*	30.	Astenico linfatico, storpio scorbutico e sifilitico.	*id.*	5. mesi.	*id.*	*id.*	*id.*	Non manifesta.	Felice 5. Agosto
13.	25. *id.*	Ant.ª Bottiglieri.	*id.*	55.	Astenica e scorbutica.	*id.*	3. anni.	*id.*	Dubbia.	*id.*	*id.*	Felice 5. Agosto

Individui curati per cateratta n. 13. — Uno per Ceratonisi 1. mancato.
12. per Estrazione 1. suppurato, e mancato.
Felice 1. ma con picciolo ingombro ad un occhio.
Poco utili 2. per ambliopia.
11. con l' effetto sperabile, 8. Felici.

ANNOTAZIONE IV.

Intorno alle 124 persone curate come ambulanti mediante locali medicine.

Nessuno ha interamente perduto la vista de' 124 individui, e due soltanto perderono qualche grado per negligenza.

§. 1. Anche nel corso di quest' anno, come ne' due precedenti si è notato che di 124 persone curate fra gli ambulanti nessuno ha perduto la vista nel corso delle nostre cure, e soltanto in due casi fu osservato del peggioramento prodotto da varie recidive, l' infermi erano Giuseppe Bifferi, e Chiara Tafuri, i quali hanno perduto qualche grado della residua vista, ma se avessero continuato a curarsi vi era motivo di sperare, che l' avrebbero di nuovo ricuperata. Questi due si presentarono con oftalmoblenorrea accompagnata da cicatrici al centro delle cornee, e panno; sotto l' impressione di varietà atmosferiche soffrirono recidive; che hanno reso più fosche le cornee addensando il panno, ma io avea progetto di praticare la coropeja, subitochè l'oftalmia avesse cessato.

52. sifilitici curati senza interne medicine.

§. 2. Molti de' nostri ambulanti erano deboli o scorbutici, e 52 individui si notarono affetti da evidente contagio sifilitico, eppure di questi così male affetti 32 sono guariti, e 18 ebbero molto vantaggio dalle nostre cure, e soltanto i due citati si rimasero senza utilità per loro incuria.

91. individui attaccati da oftalmoblenorrea.

§. 3. Le oftalmie erano per la maggior parte gravi, ed in 91 de' nostri infermi si notò, il grado di oftalmoblenorrea, in molti casi degenerata per causa di ulceri; ipopio, panno, leucomi, o stafilomi.

Casi di Flusso palpebrale, ed oftalmoblenorrea curata con vantaggio.

§. 4. I casi di flusso palpebrale sono stati 3, i casi di oftalmia semplice 13, e molti altri si trovavano complicati con ulceri; principalmente nell' oftalmia scrofolosa, eppure questi vennero compiutamente guariti; i casi di oftalmoblenorrea furono 58, quelli ne' quali era acuta semplice furono soltanto 10, negli altri si osservò complicata con ulceri, ipopio, ed anche panno, ed il panno era quasi sempre nello stato cronico, e 46 di questi individui ebbero compiuta guarigione, si notarono inoltre 3 casi d' iritide sifilitica delle quali una era congiunta all' oftalmoblenorrea, sulla fine si trovano registrati 19 casi di panno cronico preceduto da

oftalmoblenorrea e 11 individui di questi furono condotti a perfetta guarigione, ed 8 notarono profitto manifesto.

§. 5. Finalmente 11 infermi si erano presentati con leucomi estesi, che si sono ristretti, e sette di questi vennero ridotti a stato di poter subire la coropeja, tre ricuperarono notabil grado di vista, ed un solo ebbe dannosa recidiva.

Casi di leucomi estesi ora migliorati.

§. 6. Gl' individui colpiti da paralisi furono 4, e vennero curati con poca utilità, come si è notato in casi simili nel lib. II. pag. 59.

Quattro casi di paralisi con poco vantaggio.

§. 7. Si raccoglie altresì da questo prospetto, che vi sono registrati i nomi di sette individui, i quali vennero curati anche l' anno precedente, e circa 100 furono quelli, che per lo spazio di più settimane, ed anche mesi vennero a farsi curare a pochissimi de' quali furon amministrate le interne medicine.

Individui curati per lungo tempo.

§. 8. Nella persona di Salvatore Prudente venne osservato un caso di stafiloma vasto esulcerato, il quale potè esser ripianato mediante il solo uso del laudano; ed un caso di ettropio sviluppatosi di recente nelle palpebre di Gio: Lecce potè questo venir ripianato senza ricorrere alla recisione applicando sui nepitelli la pietra, ed il laudano concentrato.

Cura locale delle oftalmie utile in generale.

§. 9. In generale nel corso delle nostre cure ho fatto osservare agli allievi, che l' applicazione del laudano concentrato, e delle sanguisughe hanno prodotto effetti pronti, e salutari in tutti i casi di oftalmia scrofolosa, e che nelle oftalmoblenorree croniche hanno anche prodotto effetti salutari; nelle acute poi ho dimostrato con molte chiare pruove l'utilità di moderare il detto laudano mescolandolo con parti eguali dell acetato di piombo liquido.

Utilità del laudano puro in molti casi, e necessità di moderarlo nell' oftalmoblenorrea acuta grave.

§. 10. Vi sono delle oftalmoblenorree, le quali mediante l' uso de' locali rimedj si moderano; ma poi s' inaspriscono per qualunque picciolo disordine, talvolta inevitabile nel corso della vita, e si possono riguardare come alimentate da' contagj, e veleni interni è d' uopo in questi casi combattere le discrasie mediante cure interne, oltre all' uso delle medicine locali; siccome venne osservato ne' casi di Vincenzo Borrigo, Raffaele Palmieri, e Lauletta; nella sifilide ho dato quasi sempre la preferenza al mercurio Gommoso di Plenk, o al sublimato, e ne' casi di idrargirosi mi sono servito de' legni indiani, ed anche del Rob antisifilitico rimedio, che evidentemente mi ha prodotto salutari effetti.

Oftalmoblenorree sostenute da veleni.

Flusso palpebrale.

1.	Franc. Galliano.	17. Aprile.	4.	Napoli.	Astenico nervoso.	Flusso palpebrale, e vizio erpetico a' contorni delle palpebre.	Guarito 19. Aprile.
2.	Carmine Trotta.	8. Aprile.	50.	*id*	Astenico linfatico.	Flusso palpebrale ed oftalmia.	Guarito 30. Agosto.
3.	Emanuele Salsano.	6. Giugno.	42.	Cava.	Robusto.	Flusso e fusione di linfa.	Guarito 8. Giugno.

Oftalmie Croniche semplici.

4.	Anna Pano.	10. Aprile.	30.	Napoli.	Astenico linfatico.	Oftalmia semplice.	Guarita 30. Aprile.
5.	Anna Felice Adamo	10. Aprile.	12.	*id.*	Astenico linfatico.	Oftalmia leggiera.	Guarita 30. Aprile.
6.	Raff. de Dominicis.	13. Aprile.	38.	*id.*	Stenico.	*id.*	Guarito 31. Aprile.

Oftalmia, Nubecola e panno leggiero.

7.	Raffaele Medaglia.	10. Febbr.	22.	Napoli.	Sanguigno.	Oftalmia e nubecola ad ambe gli occhi.	Guarito 2. Aprile.
8.	Agostino Alfieri.	3. Marzo.	36.	S. Giovanni a Teduccio.	Astenico Bilioso.	Oftalmia al sinistro, e fusione di linfa nella cornea.	*id.* 10. Luglio.
9.	Antonio Frungillo.	23. Magg.	23.	Napoli.	Robusto.	Oftalmia cronica e panno.	*id.* 18. Maggio.
10.	Fortun. Mazzella.	22. Aprile.	14.	*id.*	Stenico.	Oftalmia e panno.	Guarita 22. Maggio.
11.	Raffaele Musello.	*id. id.*	24.	*id.*	Astenico linfatico.	Oftalmia cronica e panno.	*id. id.*
12.	Antonia Barone.	7. Maggio.	64.	*id.*	*id. id.*	Oftalmia e panno.	*id.* 30. Giugno.
13.	Maria Perotti.	20. Magg.	13.	Chieti.	*id. id.*	Oftalmia al destro, e panno.	*id.* 10. Giugno.
14.	Gennaro Ricci.	2. Giugno.	12.	Napoli.	Bilioso.	Oftalmia e leucoma eccentrico al sinistro occhio.	*id.* 1. Luglio.
15.	Car. Luzzi Carbone.	15. Giugno.	4.	*id.*	Astenico linfatico.	Oftalmia cronica e panni.	*id.* 3. Luglio.
16.	Genn. la Monaca.	5. Febbr.	40.	*id.*	*id. id.*	Oftalmia cronica recidiva.	*id.* 26. Maggio

Oftalmia con ulceri.

17.	Raffaela Strina.	28. Dicemb	30.	Napoli.	Astenico linfatico.	Oftalmia scorbutica ed ulcere al destro.	Guarita 1. Agosto.

Oftalmia scrofolosa con ulceri, ascessi, o leucomi.

18.	Adelaide Poche.	16. Marzo.	5.	Dell' isola d' Elba.	Robusto.	Oftalmia scrofolosa ed ipopio incipiente.	Guarito 1. Giugno.
19.	Francesco Maletta.	12. Aprile.	22.	Napoli.	Stenico linfatico.	Oftalmia scrofolosa con ulcere. Leucoma al sinistro ulcere al destro.	Quasi guarito 14. Agosto.
20.	Salvatore Leone.	22. Aprile.	2.	*id.*	Astenico linfatico.	Oftalmia scrofolosa ed ascesso alla cornea sinistra.	*id.* 22. Magg.
21.	Giovanna Progenie.	8. Maggio.	6.	*id.*	Sanguigno.	Oftalmia scrofolosa ed ulcere al sinistro.	*id.* 30. Giugn.
22.	Domenico Panzo.	1. Giugno.	14.	della Barra.	Astenico linfatico.	Oftalmia scrofolosa, ed ulceri.	*id.* 1. Agosto.
23.	Raffaele Capasso.	9. Giugno.	1.	Napoli.	*id.* *id.*	Oftalmia scrofolosa e leucomi.	*id.* 30. Giugn.
24.	Antonio Imperatore.	4. Giugno.	37.	*id.*	*id.* *id.*	Oftalmia scrofolosa ed ulcere al centro sinistro e varici palpeb.	*id.* 3. Maggio.
25.	Giorgio Japici.	*id.* *id.*	8.	*id.*	*id.* *id.*	Oftalmia scrofolosa ed ulceri.	*id.* *id.*
26.	Giuseppe Manco.	22. *id.*	10.	*id.*	*id.* *id.*	Oftalmia scrofolosa con ulceri, e panno al destro.	*id.* 26. Luglio.
27.	Giusep. Vitacchiano.	1. Luglio.	10.	*id.*	*id.* *id.*	Oftalmia scrofolosa ed ulceri alla cornea sinistra.	*id.* 4. Agosto.
28.	Gennaro Papa.	6. *id.*	14.	*id.*	*id.* *id.*	Oftalmia scrofolosa ed ulceri.	*id.* *id.*
29.	Raffaele Merillo.	23. Maggio.	26.	*id.*	*id.* *id.*	Piccioli leucomi ed oftalmia.	Guarito

Oftalmoblenorrea acuta semplice.

30.	Diodato Jovine.	3. Maggio.	29.	Napoli.	Stenico nervoso.	Oftalmoblenorrea ad ambe gli occhi.	Guarito 3. Luglio.
31.	Luigi Mennone.	14. *id.*	4.	*id.*	Astenico linfatico.	Oftalmoblenorrea ad ambe gli occhi.	Guarito 2. Giugno.
32.	Raffaele Noviello.	4. *id.*	16.	*id.*	Stenico nervoso.	Oftalmoblenorrea al sinistro.	*id.* 30. Maggio.
33.	Giuseppe Greco.	12. *id.*	30.	*id.*	Astenico linfat. sifilit.	Oftalmoblenorrea acuta.	*id.* 18. Giugno.
34.	Francesco Cario.	8. *id.*	9.	*id.*	*id. id.*	Oftalmoblenorrea acuta.	*id.* 7. Agosto.
35.	Mariano Giuliano.	30. *id.*	32.	*id.*	*id. id.*	Oftalmoblenorrea recidiva acuta al destro.	Meglio 8. Agosto.
36.	Antonio Izzo.	13. Luglio.	7.	*id.*	Stenico nervoso.	Oftalmoblenorrea infantile acuta.	Guarito 10. Agosto.
37.	Gerardo Melisio.	6. Agosto.	10.	*id.*	Astenico linfatico.	Oftalmoblenorrea acuta infantile.	Meglio 1. Agosto.
38.	Niccola Savino.	14. *id.*	13.	Napoli.	*id. id.*	Oftalmoblenorrea al destro.	Meglio 1. Agosto.
39.	Rosa Angela.	11. Gennajo	24.	Salerno.	Sanguigno.	Oftalmoblenorrea ad ambedue.	Guarito 20. Marzo.

Oftalmoblenorrea, ed ulceri.

40.	Antonio Sargente.	10. Febbrajo	40.	Napoli.	Astenico linfat. sifilit.	Oftalmoblenorrea ed ulcere al destro.	Guarito 20. Marzo.
41.	Luigi Reale.	24. Febbrajo	28.	S. Giovanni a Teduccio.	*id. id.*	Oftalmoblenorrea ed ulcere al sinistro, linfa fusa al destro.	Guarito 21. Marzo.
42.	Michele d'Angiolo.	8. Maggio.	45.	Napoli.	*id. id.*	Oftalmoblenorrea al destro con ulcere ed ipopio.	Guarito 30. Maggio.
43.	Maria Vin. Baratta.	4. *id.*	14.	*id.*	*id. id.*	Oftalmoblenorrea ed ulcere.	Guarita 1. Luglio.
44.	Vito Mositano.	9. *id.*	21.	Ardore.	Robusto.	Oftalmoblenorrea ed ulcere al destro.	Guarito 9. Giugno.
45.	Michele Parascanto.	6. Giugno.	24.	Napoli.	*id.*	Oftalmoblenorrea ed ulceri al sinistro.	Guarito 1. Agosto.
46.	Teresa Mazzano.	22. *id.*	22.	*id.*	Astenico linfatico.	Oftalmoblenorrea ed ipopio al destro.	Guarita 26. Luglio.
47.	Giosuè Napolitano.	1. Luglio.	28.	*id.*	*id.* Sifilitic.	Oftalmoblenorrea ed ulcere.	Guarito 30. *id.*
48.	Orsola de Rosa.	1. *id.*	9.	*id.*	*id. id.*	Oftalmoblenorrea ed ulcere al destro.	Guarita 30. *id.*
49.	Catter. Castellona.	4. *id.*	45.	*id.*	*id. id.*	Oftalmoblenorrea con ulcere al destro.	Guarita 4. Agosto.
50.	Giuseppe Rispo.	25. Giugno.	37.	*id.*	Stenico sifilitico.	Oftalmoblenorrea ed ulcere al centro sinistro.	Guarito 21. Luglio.

Oftalmoblenorrea e panno.

51.	Luigi Perella.	10.Febbrajo	5.	Napoli.	Astenico nervoso.	Oftalmoblenorrea e panno al destro.	Guarito 4. Maggio.
52.	Gaet. de Gennaro.	10. *id.*	40.	di Cereto.	Robusto sifilitico.	Oftalmoblenorrea e panno.	Guarito 21. Aprile.
53.	Gabriele Ferrara.	20. Maggio.	38.	Napoli.	Astenico linfat. sifilit.	*id.* *id.*	Guarito 1. Giugno.
54.	Giuseppe Esposito.	20. *id.*	40.	*id.*	Robusto	*id.* *id.*	Guarito 12. Maggio.
55.	Raffaele Jorio.	28.Febbrajo	24.	*id.*	*id.* Sifilitico.	*id.* *id.*	Guarito 7. Marzo.
56.	Anna Scuotti.	30. *id.*	12.	*id.*	Astenico linfatico.	*id.* *id.*	Guarita 27. Maggio.
57.	Francesco Greco.	14. Marzo.	36.	Lecce.	Robusto sifilitico.	*id.* *id.*	Guarito 1. Luglio.
58.	Grazia Riva.	12. Aprile.	36.	Napoli.	Stenico nervoso.	Oftalmoblenorrea e panno incipiente a due.	Guarita 20. Aprile.
59.	Genn. de Laurenzus.	30. *id.*	26.	*id.*	Stenico. sifilitico.	Oftalmoblenorrea e panno al sinistro.	Guarito 1. Agosto.
60.	Giovanni de Falco.	21. *id.*	45.	*id.*	Astenico linfat. sifilit.	Oftalmoblenorrea e panno.	Guarito 1. Luglio.
61.	Maria de Simone.	11. Maggio.	26.	Brescigliano	*id.* *id.*	Oftalmoblenorrea e panno denso al destro.	Guarita 30. Maggio.
62.	Raffaele Fera.	9. *id.*	21.	Napoli.	*id.* *id.*	Oftalmoblenorrea e panno recidivo.	Guarito 30. Giugno.
63.	Niccola Peru'.	22. *id.*	30.	*id.*	*id.* *id.*	Oftalmoblenorrea e panno a' 2 occhi.	Guarito 1. Agosto.
64.	Paolo Luciano.	1. Maggio.	40.	*id.*	*id.* *id.*	Oftalmoblenorrea e panno antico.	Meglio 1. Agosto.
65.	Giovanni chiocchi.	23. Giugno.	24.	Avellino.	Robusto.	Oftalmoblenorrea e panno al destro.	Guarito 21. Luglio.
66.	Michele Palermo.	13. Luglio.	45.	Napoli.	Stenico nervoso.	Oftalmoblenorrea e panno.	Guarito 1. Agosto.
67.	Anna Colucci.	10.Agosto.	50.	Napoli.	Astenico. linfat. sifilit.	Oftalmoblenorrea e panno cronico.	Guarita 30. Ottobre.
68.	Raffale Joima.	20.Ottobre.	23.	*id.*	Robusto.	Oftalmoblenorrea a 2. e panno al destro.	Guarito 17. Gennajo.
69.	Anna Napolitano.	26.Dicemb.	30.	*id.*	*id.* sifilitico.	Oftalmoblenorrea e panno al destro.	Guarita 20.Gennajo.

Oftalmoblenorrea, panno ed ulceri, talora ipopio.

70.	Vincenza Borrigo.	10. Febbrajo	50.	Napoli.	Astenico. linfat. sifilit.	Oftalmoblenorrea, ulceri, e panno.	Meglio 8. Luglio.
71.	Raffaele Palmieri.	28. Aprile.	22.	*id.*	*id.* *id.*	Oftalmoblenorrea al sinistro, panno ed ulceri.	Guarito 1. Ottobre.
72.	Cristoforo Auteri.	16. Marzo.	65.	S. Giovanni a Teduccio.	Robusto.	Oftalmoblenorrea panno ed ulceri.	*id.* 1. Giugno.
73.	Anna Musella.	3. Maggio.	60.	Napoli.	Astenico linfatico.	Oftalmoblenorrea panno ed ipopio.	Quasi guarito. 1. Luglio.
74.	Giuseppe Bifferi.	1. Giugno.	40.	*id.*	Astenico linfat. sifilit.	Oftalmoblenorrea ulceri e panno.	1. Giugno Peggio.
75.	Teresa Ruggiero.	10. *id.*	40.	*id.*	Stenico nervoso.	Oftalmoblenorrea ulceri e panno al sinistro.	Bene 1. Agosto.
76.	Giuseppe Vitello.	16. *id.*	64.	*id.*	*id.* sifilitico.	*id.* *id.*	*id.* 26. Luglio.
77.	Patrizio Puerio.	18. *id.*	40.	Marano.	Astenico sifilitico.	Oftalmoblenorrea ulcere e panno, ipopio al destro.	Guarito 28. Luglio.
78.	Simone Durante.	20. *id.*	26.	Napoli.	Astenico linfat. sifilit.	Oftalmoblenorrea panno ed ulceri al sinist.	*id.* 26. Luglio.
79.	Michele Stabile.	14. *id.*	44.	Frasso.	Astenico bilios. sifilit.	Oftalmoblenorrea ulceri ed ipopio.	Meglio.

Oftalmoblenorrea cronica semplice, o con epifora.

80.	Giuseppe Laulétta.	30. Agosto.	34.	Matera.	Eccitabile stenic. sifilit.	Oftalmoblenorrea cronica ed epifora.	Meglio 1. Giugno.
81.	Pasquale Granieri.	4. Maggio.	2.	Napoli.	Astenico linfatico.	Oftalmoblenorrea cronica infantile.	Guarito 3. Maggio.
82.	Luigi Russo.	4. *id.*	37.	Piano di Sorrento.	Sifilitico	Oftalmoblenorrea cronica, chemosi ed etropio.	*id.* 29. Maggio.
83.	Giovanni Lecce.	3. *id.*	43.	Napoli.	Astenico.	Oftalmoblenorrea cronica ed etropio al destro.	*id.* 28. Giugno.
84.	Raffaele Campana.	1. Giugno.	11.	*id.*	Astenico linfatico.	Oftalmoblenorrea senza ulceri nè panno, cronica.	*id.* 1. Agosto.
85.	Giacomina Riola.	15. Luglio.	50.	Arpino.	Astenico linfat. sifilit.	Oftalmoblenorrea cronica al sinistro.	Meglio 30. Ottobre.
86.	Matteo Fasinello.	4. Agosto.	14.	Napoli.	*id.* *id.*	Oftalmoblenorrea cronica infantile al destro.	Meglio 6. Novembre.

Oftalmoblenorrea con iritide.

87.	Pietrant. Trigianese.	4. Luglio.	14.	Ariano.	Astenico linfat.sifilit.	Oftalmoblenor. con iritide e piccioli leucomi.	Guarito 10. Agosto.

Oftalmia con iritide.

88.	Niccola Pollo.	7. Aprile.	20.	Napoli.	Astenico linfat.sifilit.	Iritide sifilitica, e pupilla eccentrica al sinistro.	Non continua.
89.	Gaetano Aurelio.	20. *id.*	33.	*id.*	Robusto sifilitico.	Oftalmia venerea iritide, e panno.	Guarito 2. Giugno.

Oftalmoblenorrea con leucomi.

90.	Rosa Bofio.	Da 8. mesi.	38.	S.Giovanni a Teduccio.	Astenico linfatico.	Oftalmoblenorrea e leucoma al destro.	Meglio.

Panno dopo Oftalmoblenorrea.

91.	Domenico di Napoli.	Da 6. mesi.	28.	Nola.	Robusto sifilitico.	Panno a' due occhi e leucoma al sinistro.	Meglio.
92.	Felice Bianchetti.	20. Marzo.	36.	Svizzero.	Robusto.	Panno ed atresia al sinistro, al destro manca spazio di P. A.	*id.*
93.	Gennaro Perillo.	1. Gennajo.	68.	Napoli.	Astenico linfat.sifilit.	Panno alla cornea sinistra.	Guarito 1. Marzo.
94.	Giusep. Cartegieri.	Da un anno.	28.	Calabria.	Robusto sifilitico.	Panno a 2. occhi.	*id.* 7. Luglio.

Panno Cronico dopo Oftalmoblenorrea.

95.	Pietro Catolini.	20. Gennajo.	18.	Penne.	Astenico linfat. sifilit.	Panno a tutti due gli occhi.	Migliorato.
96.	Maria delle Noci.	10. Febbrajo	20.	Napoli.	*id. id.*	Panno a' due, ed ulceri.	Guarito 1. Luglio.
97.	Sabbato Buono.	20. Agosto.	70.	*id.*	*id. id.*	Panno ulceri e restringimento di pupille.	Guarito 1. Novembre.
98.	Raffaele Lista.	Da 1. anno.	16.	*id.*	Robusto.	Panni diradati sulle cornee.	Guarito 11. Maggio.
99.	Raffaele Cammisa.	Da 3. anni.	27.	Casandrisia	Robusto sifilitico.	Panno delle cornee e resid. oftalm.	Guarito 1. Maggio.
100.	Felice Fravaglio.	5. Marzo.	26.	Muro in Basilicata.	*id. id.*	Panno alle cornee.	Quasi guarito 14. Maggio.
101.	Maria Esposita.	29. Maggio.	39.	Napoli.	Astenico linfatico.	Panni densi alle cornee.	Ha migliorato.
102.	Felicia Maresca.	12. Aprile.	3.	Nola.	*id. id.*	Panno e stafiloma al destro.	Meglio.
103.	Gaetano Bucchino.	12. Maggio.	31.	Napoli	*id. id.* sifilitico.	Panno cronico alle cornee.	Guarito 30. Maggio.
104.	Pietro Monicello.	13. Maggio.	23.	Pianella.	Robusto sifilitico.	Panno al sinistro e piccola ulcere.	Quasi guarito 1. Giugno.
105.	Antonio Silvestri.	2. Giugno.	36.	Napoli.	Bilioso sifilitico.	Panno denso al sinistro.	Meglio.
106.	Raffaele Mazzei.	9. Giugno.	21.	*id.*	Robusto.	Panno ad ambe gli occhi.	Guarito 30. Giugno.
107.	Eleonora Cordua.	10. Giugno.	56.	*id*	Sanguigno sifilitico.	*id.*	Guarito 30. Giugno.
108.	Costant. Guadagna.	15. Giugno.	42.	Avellino.	Robusto.	Panno cronico al sinistro.	Guarito 1. Agosto.
109.	Gioacchino Medani.	20. Giugno.	35.	Roma.	Astenico linfat. sifilit.	*id.*	Meglio.

Leucomi da Oftalmoblenorrea , ed ulceri.

110.	Gennaro Acampora.	7. Gennajo.	25.	Napoli.	Robusto sifilitico.	Leucoma eccentrico sulla pupilla sinistra.	Meglio al 1. Maggio.
111.	Ciro Albano.	5. Marzo.	40.	*id.*	Sifilitico asten. linfat.	Leucoma sulla pupilla del destro occhio.	Guarito 12. Maggio.
112.	Domenico Jena.	1. Maggio.	4.	*id.*	Astenico.	Leucoma picciolo, e panno al centro del sinist.	*id.* 8. Luglio.
113.	Vincen. Angelo.	20. Maggio.	28.	Avellino.	Robusto sifilitico.	Leucomi estesi, il destro perduto, al sinist. poco spazio.	Poco meglio.
114.	Chiara Tafuri.	20. Agosto.	9.	Napoli.	Astenico.	Leucomi recenti estesi.	Peggiorato, e manca.
115.	Lucia de Sirva.	25. Aprile.	4.	Avellino.	Linfatico.	Ulcere e panno al destro, al sinistro cateratta con amaurosi e leucoma.	Meglio 30. Maggio.
116.	Rosa Grifone.	8. Maggio.	30.	Roma.	Robusto sifilitico.	Stafiloma totale al sinistro, leucoma al destr.	Migliorato, ma non si fa operare.
117.	Rosaria Learbo.	1. Giugno.	33.	Napoli.	Astenico linfat. sifilit.	Leucoma al centr. sinist. e nubecola eccentrica al destro.	Guarita 1. Agosto.
118.	Salvat. Prudente.	28. Luglio.	10.	*id.*	Astenico linfatico.	Stafiloma totale con esulcer. al sinistro.	Guarito senza taglio.
119.	Fortun. Alimagna.	28. Gennajo.	46.	*id.*	Astenico linfat. sifilit.	Leucomi estesi con poco spazio.	8. Agosto.
120.	Luigia Rossi.	9. Giugno.	25.	*id.*	Asten. linfat. ristretto per l'oper. sifilit.	Leucoma al destro.	Non continua.

Paralisi agli occhi.

121.	Giuseppe Guarrano.	14. Aprile.	50.	Napoli.	Astenico linfatico.	Amaurosi sifilitica al destro. al sinis. cater. spur. ed occlusione.	Poco meglio non si opera.
122.	Agnese Castagliola.	4. Maggio.	50.	*id.*	*id. id.*	Principio di Amaurosi, ed oftalmia.	Poco meglio.
123.	Angelo Ammirato.	1. Agosto.	33.	*id.*	*id. id.*	Amaurosi al destro con leucomi e stafil. oftalm., e leucomi al sinistro.	Ristretto meglio il sinist.
124.	Margher. Moriello.	19. Febbrajo	14.	S. Maria di Capua.	*id. id.*	Ambliopia amaurotica ad ambe gli occhi.	Peggiora non continua la cura.

TRATTATO DI ECRAXIOLOGIA

CAPO I.

Si considerano varie origini delle cateratte.

Facilità con cui l' organo cristallino si può offuscare.

§. 1. L' organo cristallino è di una tessitura sì dilicata, che facilmente può alterarsi, e divenendo opaco acquista il nome di cateratta, per pruova di ciò basterà l'osservazione che se tiriamo fuori dall' occhio un cristallino, e se spremasi alquanto fra le dita esso perde la regolare diafaneità tostocchè n'esca parte del fluido acquoso da cui è imbevuto, e similmente se venga esposto all'aria libera dopo esalata la parte acquosa diviene opaco; locchè dimostra esser necessario, che le sue laminette vengano mantenute distese da un fluido trasparentissimo.

Opacità per ad densata albumina.

§. 2. Un' altra pruova che facilmente quest' organo perde la sua trasparenza si è il vedere, come si fa bianco tostocchè, o venga gettato nell' acquavite, o si esponga ad un calore più elevato de' 60. gradi di Reamour, locchè dipende dalla molta albumina di cui vanno composte le sue laminette, la quale si condensa.

Dubbio se nel vivo accada lo stesso.

§. 3. Ma taluno potria dubitare, che le indicate mutazioni, ovvie nel cristallino cavato fuori dall' occhio non avessero luogo nel vivente, se dimostrare non si potesse coi fatti alla mano, che in un modo consimile e colla medesima facilità il cristallino si offusca anche nel vivo e che la sua fragilità è tale per cui varie cause anche diverse fra loro possono dare origine alla cateratta.

Le ferite portano opacità del cristallino derivata o da atrofia o da infiammazione.

§. 4. Osserviamo infatti nella pratica, che qualunque volta una ferita penetrante nel globo dell' occhio sia pervenuta a cagionare soluzione di continuo in una parte dell' organo cristallino, sempre si manifesta la cateratta, la quale per lo più formasi nel corso di sole 24 ore, ed esaminando tali cateratte nell' atto di farne l' estrazione ho trovato il corpo della lente molto ristretto e picciolo, e qualche volta perchè era questo molle è

stato assorbito interamente, nè trovavasi altro che la casula dura, e tenace, perchè dopo la ferita questa avea sofferto un corso d' infiammazione. Ho veduto de' casi, ne' quali la casula essendo di una tessitura mollissima è stata disorganizzata dalla ferita, e dopo essersi fatta opaca è stata interamente assorbita nel corso di 4, o 6 settimane.

Due cause prossime delle cateratte.

§. 5. Dalle accennate osservazioni adunque si raccoglie, che due condizioni opposte; cioè l' atrofia, ed anche l' infiammazione potranno cagionare l' opacità del cristallino, la prima di queste fa sparire le parti fluide, e restringe il corpo cristallino, e la seconda porta un' aumento di materiali densi, che lo offuscano; laonde conchiuderemo, che le cateratte dipender potranno talora da aggiunzione di materiali, e talora da atrofia sviluppatasi nell' organo cristallino.

I vecchi si trovano esposti a condizioni morbose, che portano le cateratte.

§. 6. Queste condizioni morbose avendo facilmente luogo ne' vecchi, ne' quali talune parti deperiscono, altre si dimagrano, ed altre o si gonfiano per rilasciamento de' lor vasellini nutritivi che vi lasciano penetrare de' fluidi irregolari, o s' indurano per un attività morbosa, che produce aggiunzione di materiali densi, e compatti; intendesi perchè i vecchi debbano essere più degli altri soggetti a cateratte le quali derivano o da atrofia, ed essiccamento del cristallino, o da aggiunzione di sostanze albuminose versatesi, o per cagione di un morboso rilasciamento de' vasi nutritivi, o per deposizione di sostanze tenaci, e compatte, le quali sogliono produrre concrezioni analoghe anche in altre parti del corpo quando l' uomo trovasi in quest' ultima epoca della vita.

Altre cause, che possono determinare cateratte accidentali.

§. 7. Su questi dati ognuno si persuaderà, che se le tre accennate cagioni potranno operare lo sviluppo delle cateratte ne' vecchi per l' andamento della vita organica; altre consimili viziature prodotte da accidentali alterazioni potranno anche ne' giovani dare origine alle cateratte accidentali. Di fatti ho notato, che l' oftalmia cronica passando alle parti interne dell' occhio, ed anche l' iritide, e la retropulsione degli esantemi determinati agli occhi, o la metastasi; potranno qualche volta cagionare la formazione delle cateratte per un attività morbosa de' vasellini spettanti all'organo cristallino, che porta in esso aumento di materiali.

Altre atrofie prodotte da paralisi de' nervi cigliari.

§. 8. Oltre queste cause di aumento de' materiali componenti l' organo cristallino, è causa di opacità l' atrofia senile accennata più sopra; e qualche volta ne' giovani ha luogo un' atrofia dipendente da mancanza di nutrizione del cristallino per causa di paralisi de' nervi cigliari, la quale varia secondo il grado della paralisi, ed il luogo da essa occupato.

Principj generali per la classificazione delle cataratte.

§. 9. Convinto da giornaliere osservazioni della influenza di tutte queste cagioni produttrici delle cateratte ho indagato i caratteri delle varie specie, ed ho stabilito la classificazione che siegue.

CAPO II.

Intorno alle cateratte senili.

La cataratta dura senile formasi lentamente, ed è giallognola, e dura.

§. 1. La *cateratta dura senile* suole formarsi molto lentamente ne' vecchi già attaccati dall' arco senile è di un colore tendente al giallo d' ambra simile a quello delle cartilagini, perchè verso il centro suole apparire il nucleo della lente fatto giallastro, e cartilaginoso, ossia compatto. Questa specie si è osservata nelle persone di Dimo Nestore, Tommaso Ferrara, e Antonia Bottigliera di cui si trovano le storie più sotto.

Come si spieghi l' induramento dell' organo cristallino.

§. 2. L' organo cristallino in questi casi s' indura perchè si aumenta l' attività degli ultimi vasellini destinati a nudrirlo, siccome i patologi osservano in molte altre parti cartilaginose del corpo umano, o nelle tonache delle arterie, le quali si ossificano in quest' epoca della vita; lo stesso induramento ha luogo nella lente la quale può compararsi ad una cartilagine, essa indurasi in quest' ultimo periodo della vita umana per aumento di attività negli estremi vasellini sierosi, e consimile aumento di attività sviluppasi a quest' epoca ne' vasellini della casula, e della cornea in guisacchè la casula diventa dura, e tenace, e nel suo contorno la cornea si offusca dando sviluppo all' arco senile. Vedi Tav. I, Fig. 2.

§. 3. Èsaminando la cateratta dura senile, questa sembra molto analoga alla cateratta atrofica, ma le sue parti sono ingrossate, e dure come si osserva in molti casi di cateratta traumatica il cui sviluppo viene accompagnato da pertinace infiammazione, chiunque abbia osservato l' alterazione, che ha luogo nel cristallino in caso d' infiammazione sarebbe dunque portato a credere, che questa cateratta sia l' effetto di un' infiammazione cronica, ma per quanto si esamini l' occhio nel tempo in cui essa si forma non trovasi veruno indizio d' infiammazione; molti valenti maestri, fra i quali il celebre Walther di Landshut, hanno anzi opinato, che tutte le cateratte avessero origine da infiammazione, sì perchè vi sono cateratte evidentemente infiammatorie, altresì perchè ve ne sono delle traumatiche, vi sono le esantematiche, e queste cateratte dure senili, le quali portano molta apparenza delle cateratte che sono state precedute da un corso infiammatorio cronico; ma le metastatiche sovvente si formano senza veruna apparenza d'infiammazione e nelle atrofiche certamente non può questa aver luogo essendosi disseccata la lente a poco a poco, locchè dimostra non potersi render troppo generale l' idea, che le cateratte abbiano origine da infiammazione.

Le parti sono ingrossate, e dure, ma non ha luogo infiammazione.

§. 4. Io non saprei altrimenti spiegare la formazione della cateratta *dura senile* se non ammettendo, che in quest' ultimo periodo della vita, come aumentasi la forza degli ultimi vasellini linfatici, locchè determina il dimagrimento, ed anche l' assorbimento di parti molli, ed anche solide; così quasi per un consenso veggansi attivati gli ultimi vasellini arteriosi costituenti i vasellini sierosi e che per tale aumento di attività si addensino e s' indurino le parti diafane, come sarebbe la cornea, e l' organo cristallino. Questa accresciuta attività da taluni autori viene riguardata, come infiammaziane cronica degli organi in generale, e del cristallino in particolare, ma non sembrami aver essa tutti i caratteri dell' infiammazione.

Spiegazione, che riguarda la sua origine.

§. 5. Tale è l' aumento di attività, che in questi casi svilupasi negli ultimi vasellini, che tutto l' organo cristallino suol trovarsi indurato; ed accresciuto di mole, e qualche volta l' ho veduto del colore di ciocolatte, cosa che parmi doversi ripe-

Varietà della cataratta dura senile.

tere da una gran copia del pigmento nero , il quale assorbito da' linfatici spettanti alla zona cigliare , si è portato nel tessuto dell'organo cristallino, in questi casi ho notato una cateratta nera congiunta all' igieneurosi , la quale non deve andar confusa colla cateratta nera degli antichi , che nominavano così l' amaurosi perchè l' uomo è cieco siccome nella cateratta , e la pupilla apparisce nera trovandosi diafana , e sana la lente , che lascia riconoscere la tinta del fondo dell' occhio. Il nero di questa cateratta si discerne per la sua opacità , e perchè è fosco siccome il ciocolatte , un oculista abituato a riconoscere lo stato diafano della lente che lascia trasparire il fosco situato nella profondità dell'occhio non potrà errare perchè la cateratta nera mostra la sua tinta assai vicina al livello dell' iride.

Della cateratta albuminosa senile

§. 6. *La cateratta albuminosa senile* presenta dietro la pupilla una superficie molto convessa , e levigata di color bianco perlino e và congiunta a tutti gl' indizii dell'*igieneurosi*, talvolta è radiata di colore argentino , altre fiate ha delle macchie tondeggianti o giallognole , e bianche , e talora vedesi tutta eguale in superficie; quando è radiata questi raggi hanno figura di triangoli isoseli acuti coll' apice rivolto al centro e la base alla periferia della lente.

Persone in cui è più commune questa specie di cateratta.

§. 7. Questa specie di cateratta è commune negli obesi , e fra coloro, che abitano luoghi paludosi, nel corso di quest'anno venne osservata in *Giovanni Persichillo* , *e Carlo Ricciuti* Vedi Stor. III. e IX, più sotto. Gli uomini obesi e gli abitatori delle paludi vanno sovvente soggetti a queste cateratte, ed alle altre senili anche in età molto fresca; come ancora nelle monache l' ho osservata molto sovvente , e dipende a mio credere dallo stato leuco-flegmatico , che incontrasi in queste persone per la vita poco esercitata , e per l' impressione dell' aria umida; io dunque credo non allontanarmi dal vero se reputo che tali cateratte abbiamo origine da rilasciamento de' vasellini sierosi , i quali lasciano penetrare nell' organo cristallino albumina densa invece di sierosità diafana , e sottile , come richiedesi nello stato regolare.

Stato in cui trovansi i componenti dell' organo cristallino.

§. 8. Ho spiegato , che mi sembra manifesto esser detta cateratta causata da rilasciamento de' vasellini sierosi, i quali lasciano penetrare una sostanza albuminosa nelle varie parti dell' organo

cristallino, invece del fluido acquoso, e sieroso necessario a mantenere la regolare trasparenza di tutte le sue parti, infatti le laminette superficiali del cristallino trovansi in questi casi tutte ingrossate, e molli; perchè ripiene di materia albuminosa, la casula per lo più è molle, ma conserva la regolare trasparenza, ed alle volte è anch' essa ripiena di albumina biancastra, in qualche caso la troviamo tutta bianca, solida, e compatta, come una seconda cornea, e come ne' casi di cateratta infiammatoria; ed allora ha molta tendenza a ricomporsi dopo l'operazione, e formare la cateratta secondaria.

§. 9. *La cateratta senile atrofica* differisce dalle due precedenti perchè invece di aumentarsi la mole dell'organo cristallino in questo caso trovasi diminuita; essa è la più commune ad incontrarsi ne' vecchi decrepiti, l' abbiamo veduta nel De Nuziis e nel Carbone, storie II. ed VIII. Allorchè manca la nutrizione ai capelli in guisacchè si fanno canuti non è meraviglia, che gli ultimi vasellini sierosi destinati a nudrire il cristallino manchino essi pure di energia vitale, questa cateratta suole avere un color bianco-giallognolo per lo più equabile, non è molto convessa come la dura, o l' albuminosa, e qualche volta suole avere la superficie un poco aggrinzita come le cateratte arido-siliquate. Facendosi l' estrazione troviamo la casula inaridita, ed assottigliata, il corpo della lente molle, ed impicciolito, l' umore del Morgagni assai scarso, in questi casi pare propriamente, che il cristallino sia stato seccato all' ria, ragione per cui la chiamo cateratta atrofica, e si può ammettere, che la lente sia deperita e secca per mancanza de' fluidi nutritivi.

Differenza della cateratta senile atrofica.

§. 10. Questa cateratta si può riguardare come un' atrofia dell' organo cristallino, il quale per l' età deperisce e muore, quindi si dissecca, e si fa opaco, essa presentasi allorquando si offusca il contorno della cornea, e formasi l' arco senile, che quasi sempre si manifesta a quest' epoca.

Atrofia che la produce

CAPO III.

Cateratte dipendenti da paralisi dell' occhio.

Alle volte è effetto di paralisi.

§. 1. Nei casi finora descritti l'occhio suol presentare i caratteri dell' igieneurosi, ma alle volte invece vi si scoprono indizj, o di ambliopia, o di amaurosi, e la cateratta non è che la conseguenza di uno degli accennati gradi della paralisi, la quale o ha preceduto, o si è sviluppata contemporaneamente al difetto del cristallino. Queste cateratte si sono vedute nella *Jengo*, e nel *Varriano*. Storia IV. e VI.

Segni di atrofia che si riconoscono nelle cateratte dipendenti da paralisi.

§. 2. Le cateratte dipendenti da paralisi presentano segni di atrofia nell' organo cristallino, e si nota quasi sempre, che prima l' uomo perde la facoltà di vedere, e dopo si manifesta la cateratta. In questo caso l' allontanamento di essa dalla pupilla riuscirà inutile, poichè tolta la cateratta il vizio de' nervi rimarrà lo stesso: nè recar potrà meraviglia, che allorquando manca la forza de' nervi, e principalmente de' cigliari, gli organi da essi alimentati vengano a mancare di nutrizione, poichè lo stesso accade negli arti inferiori o superiori; quando perdesi il senso, ed il moto per causa di paralisi; allora la nutrizione viene a mancare, e l'arto si fa atrofico. Ciò è così conforme alle idee più communi, che allorquando la paralisi altera solamente il nervo ottico lasciando illesi i nervi cigliari il volgo si maraviglia nell' osservare, che l' occhio conservi l' aspetto sano, e non di meno l' uomo trovisi nell' impossibilità di percepire le sensazioni, le quali vengono dalla luce. Per l'opposto quasi in tutti i casi di grave infiammazione all' iride, ed alla coroidea venendo ad alterarsi i nervi cigliari vediamo formarsi la cateratta vera, e l' atrofia occupa non solo il cristallino, ma talvolta anche l' intero occhio secondo il grado dell' infiammazione.

Quattro forme di cateratte dipendenti da paralisi.

§. 3. La cateratta che dipende da paralisi de' nervi cigliari suol presentarsi sotto quattro forme, cioè *cateratta cornea*, *cateratta radiata olivastra*, *cateratta albuminosa*, e *cateratta arido-siliquata*, o *tremula*, o *ondeggiante*.

§. 4. La *cateratta cornea* suol presentarsi negli uomini di età molto avanzata; è stata conosciuta anche dagli antichi maestri, è di un colore fosco olivastro analogo alla tinta del crisopraso, si presentano in essa delle macchie tondeggianti olivastre, e semidiafane, che ricordano quelle osservabili nel corno segato per lo mezzo, in questi casi la mancanza della vista si manifesta prima, che venga riconosciuta la cateratta, i movimenti della pupilla o sono mancanti, o irregolari, e l' occhio affetto non discerne sennonchè il bianco, il rosso, ed anche il nero; ma bisogna, che i corpi sieno illuminati, e portati molto vicini all' occhio, in generale si può dire, che l' infermo in questi casi discerne assai meno di quanto dovrebbe vedere se l' impedimento dipendesse unicamente dalla cateratta, poichè questa è semitrasparente. Aspetto della cateratta cornea.

§. 5. Ne' primi giornali della mia pratica trovo registrata una osservazione di questa specie, che piacemi quì riferire. Io fui chiamato a togliere una cateratta che occupava l' occhio sinistro d' un signore molto rispettabile, il quale trovavasi in età di 84. anni, l' occhio destro poteva discernere molti corpi con mediocre precisione ad onta che vi si scorgesse un principio di cateratta, nel sinistro la cateratta era cinerea con qualche macchia cornea tondeggiante e di colore olivastro giallognolo, l' infermo con quest' occhio poteva discernere i corpi bianchi avvicinati, ed anche i corpi rossi, e neri; ma giudicava di un rosso assai pallido ciò che era di una tinta rossa vivace, i movimenti dell' iride erano falsi perchè la pupilla si dilatava nell' atto di aprirgli l' occhio alla viva luce; invece di restringersi, e si chiudeva qualche volta unicamente per consenso, allorchè si apriva l' altro occhio rimanendo dilatata finchè questo tenevasi chiuso. Osservazione di una cateratta cornea.

§. 6. Quattro professori eravamo stati richiesti a decidere se fosse operabile questa cateratta, e trovandoci tre favorevoli, ed uno contrario venne stabilito doversi intraprendere l' operazione; era contrario un vecchio pratico, il quale ci assicurava, che l' infermo aveva perduto la vista quasi improvvisamente e pria che si scoprisse la cateratta, egli opponeva altresì il colore corneo cupo della cateratta, ma la tinta cornea non era stata ancor va- Perchè si volesse sperare, vantaggio dall' operazione.

lutata da me, i movimenti dell' iride erano pronti, nè io avea fino a quel tempo imparato a conoscere la loro falsità, e riguardo alla cecità preceduta noi non ne abbiamo fatto caso perchè non avevamo gran fiducia alla sincerità del relatore, che mostrava una vista troppo imperfetta nel riconoscere i mali degli occhi.

Stato in cui si trovò la cateratta.

§. 7. Fatto il taglio della cornea ho trovato la casula anteriore cinerea, semitrasparente in varj punti, ed era così tenace, che con difficoltà potei squarciarla coll' ago, uscì la lente, ch' era fosca, semitrasparente, e dura come una cartilagine, talchè potevasi giudicare per una cateratta dura senile, ho tirato fuori colle pinzette tutta intera la casula anteriore, ma poco dopo vidi un' altra membranella cinerea, che si presentava sul luogo della pupilla, e presala mi aviddi esser questa l' intera casula posteriore diventata tenace, e cinerea con varie parti semitrasparenti, ma quale non fu la nostra sorpresa, allorchè ad onta di una estrazione così perfetta ricompostosi benissimo l' occhio senza perdita del vitreo l' infermo non potè riconoscere di aver migliorato, e guaritasi la cornea restò sempre in uno stato di ambliopia nervosa; quantunque la pupilla si vedesse libera perfettamente e regolare!

Pratica moderata in questi casi.

§. 8. Dopo questa osservazione sono stato molto moderato nell' intraprendere l' estrazione, e nel fare la prognosi, e se qualche volta ho ceduto al desiderio dell' infermo, che volea tentare in simili casi l' esperimento dell' operazione ho prevenuto gli astanti de' miei dubbi, ed ho fatto considerare la tinta cornea, l' imperfezione della vista, ed i movimenti falsi dell' iride essere indizj di ambliopia nervosa, che sempre si è trovata tale, allorchè si accumulavano tutti questi segni ad accrescere i miei dubbi; potrei solamente eccettuare qualche caso rarissimo di semiambliopia, che permetteva ancora all' infermo discernere varj oggetti, e rendeva non del tutto inutile la nostra operazione come nella Jengo si è osservato.

Cateratta radiata olivastra.

§. 9. La *cateratta radiata olivastra* presenta sempre una tinta fosca, i raggi veggonsi diretti al centro, e la sua tinta olivastra tende al giallo, questa và quasi sempre congiunta alla amaurosi, ed anche al glaucoma, o alla linchisi del vitreo, nel qual ultimo

caso vedesi tremante per la fluidità del vitreo; non di rado l' ambliopia precede questo offuscamento imperfetto della lente; ma un accorto oculista non potrà farsi illusione perchè saranno sempre evidenti segni di ambliopia, o di amaurosi, il trovare molto debole il residuo grado di vista quando la cateratta è fosca, e sono mancanti o falsi i movimenti dell' iride.

§. 10. La *cateratta arido-siliquata da paralisi* quando è nel suo primo sviluppo può ingannare l' oculista poichè suole andar congiunta coll' ambliopia, o colla semi-ambliopia, e vi sono piccioli indizj di queste alterazioni nervose incipienti. Essa è di un colòr perlino tendente al giallo, la sua superficie è aggrinzita come suol trovarsi nelle cateratte arido-siliquate e come si osservò nel Varriano. Essa và congiunta sovvente ad una tinta cupa dell' iride, al battito delle palpebre, alla percezione imperfetta, ed altri segni di ambliopia; qualche volta però non vi è che il solo battito delle palpebre, e se la facoltà di vedere non fosse mancata prima del suo sviluppo si potrebbe sperare, che vi fosse la semi-ambliopia, e si potrà allora tentare l' operazione; in questi casi la cateratta suole essere alquanto tremula, e lo è tanto di più, quanto più si è impicciolito l' umor cristallino per causa dell' atrofia, come vedevasi nel Varriano.

Arido-siliquata da paralisi.

§. 11. Se si pratica l' estrazione trovasi d' ordinario la casula molto bianca ingrossata, e tenace, quanto una grossa membranella, l' umore del Morgagni scarseggia, ed il corpo della lente suole avere una tinta color di caffè chiaro: è semidiafano, ed è solido come una cartilagine.

Stato in cui si trova.

§. 12. In questi casi l' ecraxis riesce quasi sempre di poca utilità all' infermo, perchè vi è l' ambliopia, o la semiambliopia, e la cateratta essendo molto sottile e semitrasparente non gl' impedisce discernere molti oggetti se la paralisi è lieve. Inoltre osservasi, che la paralisi incominciata, quasi sempre progredisce, e la semi-ambliopia diventa ambliopia, e da ultimo amaurosi perfetta.

Poco vantaggio dell'operazione in questi casi.

§. 13. Quando la paralisi perviene ai gradi più gravi accade quasi sempre, che l' atrofia dell' organo cristallino si aumenti a tal segno, che tutta la lente o quasi tutta si discioglie nella parte più fluida del vitreo, e questa ne occupa il posto in cotal guisa,

Cateratta galleggiante, ed aumento di paralisi.

che la cateratta si fa membranosa, e tremula, e da ultimo arriva perfino a distaccarsi dalla periferia de' legamenti cigliari, ed a galleggiare, lasciando in certi momenti libera una gran porzione della pupilla, senza che perciò l' uomo possa vedere cosa alcuna, questa varietà della cateratta arido-siliquata venne chiamata dagli [illegible] cateratta tremula; ma io la nomino *cateratta galleggiante;* perchè la cateratta può essere tremula, e può venire estratta con vantaggio dell' infermo; allorchè l' atrofia della cateratta or descritta giunge a renderla galleggiante vi è sempre congiunta la perfetta amaurosi; e perciò l' uomo nulla può vedere, e quasi non discerne la luce dalle tenebre.

Cateratta Atrofico-Albuminosa.

§. 14. La quarta specie di *cateratta* dipendente da paralisi è quella ch'io nomino *atrofico-albuminosa*, poichè si trova nell' aspetto e nella densità somigliante ad un pò di albumina, o bianco d'uovo appena condensato, e trae la sua origine da una atrofia dell' organo cristallino, che è dipendente da paralisi. Questa specie di cateratta per lo più incontrasi ne' giovani, ed attacca un solo occhio, talvolta è preceduta da un mite corso infiammatorio in guisa che si scorgono appena taluni vasellini varicosi alla congiuntiva, l' infermo nota qualche senso di peso, e di dolore al contorno dell' orbita, anche in questi casi non rare volte l' occhio perde la vista innanzi che si mostri la cateratta.

Segni di tali specie.

§. 15. Nella *cateratta atrofico albuminosa* osservasi qualche indizio di strabismo, la percezione suole essere, o imperfetta, o laterale e la tinta della cateratta è bianca simile a quella della cateratta albuminosa senile; la cateratta è lucente, e spesso vi si scorgono o raggi, o increspature alla superficie, e non di rado l' iride ondeggia, come se fosse stata praticata un' operazione di cateratta.

Aspetto della cateratta suddetta nel momento dell' estrazione.

§. 16. Se vengasi all' operazione appena tagliata la cornea vedesi sparire la cateratta perchè esce una sostanza albuminosa molle, e la casula dà passagio al vitreo, che insinuandosi per la ferita la respinge dietro all' uvea. In questi casi la casula suole essere densa per qualche infiammazione preceduta, e con facilità ricade, e si addensa per un nuovo corso d' infiammazione traumatica determinando talvolta anche una complicazione di sinizesi, e portando così la cateratta secondaria.

§. 17. Se l' oculista in luogo di adoprare il cistotomo impiegasse la pinzetta dentata (vedi lib. II. pag. 122.) e giugnesse ad afferrare validamente la casula , trovandola tenace potrebbe tirar fuori tutta la cateratta intera , che sembrerà un sacchettino ripieno di albumina , e dalla sua picciola mole riconoscerà l' atrofia dell' organo cristallino , e troverà mancare l' umore di Morgagni ed il nucleo della lente per effetto di assorbimento e di disorganizzazione. Stato in cui trovasi l' intera cateratta.

§. 18. Questa cateratta atrofico-albuminosa và sempre congiunta alla paralisi da cui trae la sua origine , e rare fiate il vizio nervoso trovasi in grado di semi-ambliopia , anzi è frequente trovare o l' ambliopia , o l' amaurosi, talchè riesce inutile l' operazione. Grado dell' alterazione de' nervi in questi casi.

CAPO IV.

Cateratte Accidentali.

§. 1. Le cateratte descritte nel capo antecedente, e le senili sono spesso conseguenza della vitalità diminuita, e sono le più communi ad incontrarsi nell' età matura , o decrepita , queste possono riguardarsi, come effetto della fragilità della macchina umana, la quale si va distruggendo col tempo; oppure viene colpita da qualche parziale paralisi : or mi resta a descrivere ciò , che osserviamo ne' casi di cateratta la di cui formazione sia dipendente da un' attività accresciuta nelle varie parti dell'organo cristallino, quando per qualche accidente venga esso colpito , e viziato. Queste cateratte sogliono dipendere , o da ferite , o da infiammazione della casula , o da metastasi , e tutte le comprendo sotto la classificazione di *cateratte accidentali.* Cateratte accidentali.

§. 2. Risulta adunque che le cateratte accidentali potranno ridursi a tre specie, cioè *traumatiche*, *infiammatorie*, *e metastatiche.* Tre specie di esse.

§. 3. La cateratta *vera infiammatoria* , dipende quasi sempre da infiammazione del corpo cigliare , o della casula e poichè tali organi non partecipano quasi mai dell' infiammazione in caso di oftalmia esterna , ma piuttosto in caso d' iritide , così è raro il caso in cui Cateratta vera infiammatoria.

l' oftalmo blennorrea produca la cateratta, bensì l'iritide, ed anche l'oftalmoblenorrea cronica diventata profonda in caso di panno inveterato della cornea, qualche volta si vede cessare dopo esser penetrata nelle più interne parti dell' occhio, ed allora finisce dando sviluppo alla formazione di una cateratta vera infiammatoria.

Aspetto di questa cateratta e sua tessitura.

§. 4. Questa cateratta và spesso congiunta a qualche residuo di oftalmoblenorrea, e anche d' ipopio; ma per lo più è complicata con cateratta spuria, e con sinizesi: può per altro trovarsi anche sola, il suo colore è cinereo biancastro, è assai trasparente in guisa, che se vi è igieneurosi l' uomo discerne molti corpi, e venendosi all' estrazione troviamo, quasi sempre la lente albuminosa ed il suo nucleo addensato, e la casula molto tenace membranosa, ed ingrossata talchè lasciandola è facile, che ritorni al suo posto dopo l' operazione, ed occupi la pupilla formando una cateratta secondaria perchè il corso dell' infiammazione addensa, e rende ognor più tenaci le varie parti della casula.

Altre cause della infiammatoria.

§. 5. Altre fiate la *cateratta infiammatoria* dipende o da iritide sifilitica, o da oftalmia cronica, o vajolosa, o morbillosa che hanno determinato qualche grado d' iritide, e che finiscono sovvente alterando l' organo cristallino.

Cateratta infiammatoria da vajuolo incompleta.

§. 6. Qualche volta la *cateratta vajolosa infiammatoria* è molto imperfetta perchè l' infiammazione non ha prodotto, che due o tre macchiette tondeggianti picciolissime sulla casula, e nondimeno la percezione suole essere molto imperfetta: perchè l' oftalmia vajolosa attaccando quasi sempre i vasi della coroidea porta un vizio alla retina ed ai nervi cigliari, e perciò le cateratte infiammatorie consecutive all' oftalmia vajolosa vanno quasi sempre congiunte a qualche grado di paralisi.

Cateratta da vajuolo completa; e tremula, ed arido - siliquata.

§. 7. Allorchè la *cateratta infiammatoria da vajuolo* è completa e non parziale essa ha quasi sempre l' aspetto di arido-siliquata, suole essere tremula perchè l' organo cristallino è atrofiato più o meno e presenta una superficie molto aggrinzita; color giallognolo tendente al bianco matto di calce viva, con macchiette tondeggianti brune, e giallette; questa cateratta è molto diafana in guisa, che se vi è semi-ambliopia, o igieneurosi la percezione residua è notabilissima; e nell' atto dell' estrazione troviamo in-

crespata tenace , ed alquanto grossa la casula, e duretta come una membranella , l' umore di Morgagni manca , o è addensato, la lente quasi non più si trova, e qualche volta ne rimane unicamente il nucleo color di caffè chiaro , esso è tenace come una cartilagine, e le sue laminette esterne sembrano una gomma disciolta oppure un' albumina molle.

§. 8. Non di rado si è osservato , che sul terminare dell' eruzione vajuolosa sorge un' oftalmia , la quale attacca l' iride , e la coroidea , e divenuta presto cronica finisce lasciando qualche vizio alla retina ed alla casula del cristallino , o anche alla lente ed è la causa della cateratta più sopra descritta , che può dirsi arido-siliquata da vajuolo.

L' oftalmia è causa della cateratta.

§. 9. In caso di cateratte le quali abbiano avuto origine dalla oftalmia vajuolosa di sopra indicata rare fiate si trova l' igieneurosi; ma se mancassero i segni dell' ambliopia , o se vi fosse il solo battito delle palpebre si potrà lusingarsi di trovare la semi-ambliopia , quando poi vi fosse il movimento ondulatorio del globo dell' occhio non si potrà molto sperare.

L' igieneurosi è rara, ma sovvente si trova l' ambliopia.

§. 10. Analoghe alle di sopra indicate sono le cateratte dipendenti da morbillo , ma assai più rare , ed io non mi ricordo averne osservato , che un solo esempio.

Da' morbillo rare volte si forma.

§. 11. Più frequenti sono le cateratte infiammatorie da sifilide, fra le quali comprendo altresì le cateratte infiammatorie da idrargirosi perchè è questa una conseguenza della sifilide mal curata; è però degno di avvertimento , che tali cateratte sono la conseguenza di un' iritide , o sifilitica , o idrargirica , e che raramente si trovano senza complicazione di cateratta spuria , e di atresia ; quanto alla loro forma, o sono in tutto simili alla *cateratta arido-siliquata* da vajuolo , o a quella infiammatoria da oftalmoblenorrea cronica ; in questi casi è raro , che non vadano congiunte con paralisi , ma però ne ho avuto degli esempj in cui si trovava l' igieneurosi ; se i nervi sono alterati il male progredisce tanto che la cateratta diventa galleggiante , ed anche si distacca e cade nella camera anteriore facendosi di color giallo , come una corteccia di limone , i nervi passano allo stato di amaurosi, e da ultimo tutto l' occhio passa a stato di atrofia.

Cateratte infiammatorie da sifilide, ed idrargirosi.

Origine delle cateratte da metastasi.

§. 12. Le *cateratte da metastasi* sogliono dipendere da una metastasi per effetto, o di un' erisipela retropulsa, o di un tifo bilioso mal risoluto, ed in questi casi, che sono rarissimi precede quasi sempre l' iritide, e l' ipopio, che poi finisce coll' infiammazione della casula, e coll' atrofia dell' organo cristallino, ma d' ordinario vi è la cateratta spuria, e l' atresia. Ho veduto come più sopra un esempio di cateratta metastatica per arresto di latte determinato in una donna allattante da forte patema d' animo, e la cateratta aveva un color di latte, la casula era membranosa, e l' umore del Morgagni sembrava una goccia di latte, il corpo della lente era molle albuminoso. Ho osservato varj casi di cateratte formatesi dopo il tifo bilioso in persone assai giovani e la cateratta nell' aspetto, e nella sua composizione era simile alle albuminose; ma la casula era tenace, e sembrava che avesse sofferto un corso d' infiammazione.

Cateratte traumatiche.

§. 13. Finalmente le *cateratte traumatiche* sono di varie forme e variano secondo la qualità delle ferite, che le hanno prodotte, e fra queste si comprendono le cateratte secondarie descritte nel II. libro p. 90 e seguenti.

Forma delle cateratte prodotte da ferite di strumenti pungenti.

§. 14. Le *cateratte traumatiche* prodotte da ferite con istromenti pungenti sogliono ridursi a semplici cateratte casulari perchè questa parte si fa grossa, opaca e membranosa a causa dell' infiammazione, e tutto il cristallino viene assorbito per effetto di disorganizzazione, se per altro il nucleo fosse stato alquanto solido prima della ferita; allora diventa secco picciolo, e sembra una picciola cartilagine nuotante in una sostanza albuminosa ed attaccata alla casula. Qualche volta queste cateratte si vanno formando sotto l' azione di un iritide traumatica lenta, e vanno unite alla cateratta spuria con sinizesi, ed a qualche grado di paralisi per effetto dell' infiammazione, che arriva ad attaccare la coroidea (vedi. lib. II. pag. 96.).

Le cateratte dipendenti da convulsioni possono dirsi traumatiche.

§. 15. Io riguardo come *traumatiche* altresì quelle cateratte che dipendono da convulsioni violente del capo o ne' bambini affetti da lumbricoidi, o nelle giovani attaccate da grave isterismo o in qualche bambino affetto da idrocefalo poichè dipendono da rottura della casula, e disorganizzazione della lente simile a quella che osservasi dopo le ferite.

§. 16. Queste poco differiscono dalle *cateratte traumatiche*, le quali vengano prodotte da contusioni, come sarebbe un pugno, un colpo di bastone, o uno schiaffo, e variano egualmente di aspetto e di forma, e si trovavano più, o men complicate a norma della condizione in cui trovasi l' occhio e dell' effetto, che le contrazioni vi hanno prodotto.

Simile alla cateratta da contusioni.

§. 17. Se la scossa da cui deriva la *cateratta traumatica* ha cagionato un semplice distacco della lente, questa passa allo stato di atrofia, le sue esteriori laminette si spappolano, ed il nucleo si agglutina alla casula; la quale per lo più si fa tenace per un corso d' infiammazione traumatica.

Quando staccasi la lente, e si faccia atrofica.

§. 18. Se vien distaccata porzione della casula da' legamenti cigliari esce l' umore di Morgagni, la lente si fa atrofica, e la cateratta suol prender l' aspetto di arido-siliquata, e somiglia all' arido-siliquata da vajuolo o da convulsioni, ma non è complicata con vizio nervoso.

Cateratta arido - siliquata per un colpo ricevuto.

§. 19. Se la ferita arriva a far cadere il nucleo della lente nella camera anteriore perchè sia stata rotta gran parte della casula, in questo caso sorge iritide lenta fomentata dalla molestia, che la lente essendo compatta eccita sull' iride per la sua mole, e durezza, e vi è pericolo di l' atrofia di tutto l' occhio: ma se venga praticata l' estrazione in tempo si troverà la cateratta dura ingrossata, ed i nervi indeboliti per causa dell' iritide, come nello scorso anno 1826 abbiamo notato in clinica nel caso di *Vito Aleretti* presentatosi in marzo. Costui avea ricevuto uno schiaffo per cui la casula erasi distaccata da' legamenti cigliari in basso, e la lente era venuta a cadere nella camera anteriore rimanendosi attraverso la pupilla tutta avviluppata dalla sua casula, il giovane soffriva una crudele iritide in conseguenza della molestia portata dall' organo cristallino, che da tre settimane non poteva mai cessare, e tutta la casula vedevasi gialla ingrossata, ed irrigata da molti vasellini sanguigni: non potendosi in nessun modo far cessare i gravi dolori per via de' mezzi soliti a curare l' iritide mi determinai a praticare l' estrazione anteriore, e trovossi l' organo cristallino tutto ingrossato e quasi osseo, e mediante l' indicata operazione si giunse a di restituire la calma all'occhio, e conservarne l' aspetto esteriore quantunque restassero deboli i nervi, e quindi anche la vista per la sofferta iritide.

Se cade la lente nella camera anteriore eccita iritide ed atrofia.

Se la lente fosse stata molle.

§. 20. Se la lente, e le casula di Vito Aleretti fosse stata di una tessitura mollissima si sarebbero disciolte nell' acqueo della camera anteriore senza nè indurarsi, nè portare irritazione, e la cateratta sarebbe scomparsa rimanendone tutto al più la casula albuminosa, e scorgendosi ondeggiante l' iride, come suol essere dopo l' ecraxis.

Curate nelle isteriche.

§. 21. Le cateratte traumatiche prodotte da convulsioni isteriche presentano uguali condizioni, come quelle dipendenti da un colpo ricevuto, o da ferite, e ne ho curato felicemente più d' una in certe giovani isteriche essendo l' occhio in istato d' igieneurosi, erano queste o semplicemente casulari, o di una forma arido-siliquata perchè il corpo cristallino, o era in parte atrofico, o era stato interamente assorbito, e la casula nel primo caso era diventata *arido-siliquata* e nel secondo caso rimaneva liscia, e costituiva l' intera cateratta accompagnata da quella ondulazione dell' iride, che osservasi ne' casi di cateratta secondaria.

CAPO V.

Intorno alle forme, che si scoprono nelle cateratte mentre si pratica l' operazione.

Opacità osservata nella sola lente e viceversa.

§. 1. Dalla descrizione delle cateratte finora esposta s' intende che variano molto riguardo alla loro composizione, ed origine; ma oltre le descritte varietà ho anche osservato, che la sola casula era opaca e tenace restando sana la lente, ed altre volte il solo nucleo era opaco, e la casula era sana, e diafana; in quest' ultimo caso però l' oculista riconosce l' opacità incompleta, e giudica sana la casula perchè la cateratta si mostra più profonda, e più lontana dal margine pupillare che negli altri casi.

Classificazione utile a regolare la diagnosi, la prognosi, ed il metodo dell' estrazione.

§. 2. L' esposta classificazione servirà nella pratica non solamente a dar pruova di molta dottrina ed a regolare la prognosi; ma altresì a regolare l' esecuzione delle operazioni. Ho per esempio indicato più sopra che la cateratta arido-siliquata riguardata

anche da Gio. Adamo Schmidt, come una sola specie può derivare o da paralisi, o da infiammazione vajuolosa, o da contusione violenta, o da interne convulsioni, e che fra tutte queste la più semplice suole essere quest' ultima specie, quindi si potrà agire con prognosi favorevole, perchè non và quasi mai unita a paralisi, ma la vajuolosa per lo contrario và congiunta sovvente a vizio de' nervi.

Perchè si debba modificare l'operazione a tenore dello stato delle parti componenti la cateratta.

§. 3. Dopo avere attentamente esaminato le cateratte e stabilita la esposta classificazione sono pervenuto a pronosticare quasi con sicurezza lo stato delle parti componenti l' organo cristallino, ma il grado di durezza, e di densità della casula non posso quasi mai pronosticarlo, e sono perciò costretto a modificare il processo dell' operazione nell' atto dell' ecraxis a norma dello stato in cui si trovano le parti; nè sarà prudenza render generali que' metodi la riuscita de' quali dipende dalla natura della cateratta, e che non possono cambiarsi quando troviamo una casula più o meno tenace per addattarli al bisogno.

Varietà del volume, che osservasi riguardo al cristallino.

§. 4. Circa al volume delle cateratte notasi, che le arido-siliquate, e le atrofiche sono picciole, ma le albuminose e le dure sono voluminose, ed in generale quando vi è diminuzione di volume nel cristallino la cateratta è sempre tremula a motivo, che la parte fluida del vitreo viene ad occupare il posto delle parti distrutte per l' assorbimento.

Varia forma della casula, e sua influenza nella formazione della cateratta secondaria.

§. 5. La casula suole essere alquanto arida, e poco tenace nella cateratta senile atrofica, nella albuminosa è molle e nella atrofica da paralisi sembra una gomma sciolta nell' acqua; talchè in questi casi riesce quasi sempre poterla distruggere appena si tratta coll' ago da depressione, ma nell' albuminosa, e nella dura senile, come anche ne' casi d' infiammazione portatasi alla casula, e ne' casi di cateratta arido-siliquata la troviamo sovvente così tenace e dura, che dopo essere stata squarciata, o anche distaccata dalla zona cigliare si presenta dietro la pupilla come una membrana tenace, e nuotante nel vitreo, e per alcun tempo si nasconde dietro l' iride, ma poi scende facilmente ad occupare la pupilla, e si ricompone di bel nuovo formando una cateratta secondaria.

Influenza della forma della casula nella riuscita delle operazioni.

§. 6. Queste varie modificazioni della casula influiscono alla formazione della cateratta secondaria ne' casi di depressione, e richieggono molta cura nella pratica dell' estrazione anteriore; poichè bisogna impadronirsi del centro della casula, e portarla via, o metterla tutta in pezzi, o almeno farvi un' incisione, che rappresenti un angolo ottuso col vertice in alto, e faccia cadere in basso tutto il centro di essa (Vedi Tav. IV. Fig. 1.); e sono queste le varietà principali, che si presentano nell' ecraxis.

CAPO VI.

Applicazione de' precetti generali.

Allontanamento della cateratta, ossia ecraxis.

§. 1. La cateratta impedisce la pupilla, e perciò deve esserne allontanata; le regole da tenersi onde conseguire questo fine costituiscono oggi un trattato, il quale mi è sembrato opportuno intitolarlo *ecraxiologia*, da εκ che significa allontanamento ῥαξις, che in composizione vuol dire rottura del cristallino, ossia cateratta, e λογος ragionamento, poichè si ragiona sull' allontanamento del cristallino rotto, e disorganizzato.

Cosa s'intende per organo cristallino.

§. 2. Da quanto ho detto ne' capi anteriori s' intende, che la cateratta è una disorganizzazione la quale può aver sede, o nella casula anteriore, o nell' umore di Morgagni, o nella lente detta anche cristallino, o nella casula posteriore; l' organo poi che risulta da queste quattro parti prese insieme, io lo chiamo per maggiore intelligenza organo cristallino, sicchè potremo dire, che l'opacità o parziale, o totale dell' organo cristallino costituisce la cateratta.

I quattro precetti generali esposti per la coropeja servono anche per l'ecraxiologia.

§. 3. Noi allontaniamo la cateratta dalla pupilla, e quando pratichiamo la depressione, e quando facciamo l' estrazione. Ora incomincierò a spiegare quest' ultimo metodo, che forma la parte più utile della ecraxiologia, e prima di tutto parlerò dell'applicazione da farsi de' quattro precetti generali nei casi di cateratta, già spiegata nel lib. II. pag. 110. trattando della coropeja.

Il terzo precetto devesi dilucidare.

§. 4. Il precetto primo servirà senza altro cangiamento, il secondo merita un'aggiunzione riguardo all'armamentario, ed il terzo deesi

dilucidare, affinchè l'oculista possa riconoscere lo stato de' nervi anche ne' casi di cateratta.

§. 5. La sola aggiunzione da farsi all' armamentario consiste in due stromenti. Il primo destinato a recidere la casula venne perciò nominato da' maestri dell' arte cistotomo, il secondo è il cucchiajo di Dawiel, e questi potrebbero collocarsi fra gli stromenti della quarta classe (Vedi lib. II. pag. 114.); l' istromento, che d'ordinario ho impiegato per cistotomo è un' ago lanciato, ora però mi servo utilmente di un'aghetto angolare rappresentato Tav. III. Fig. 5. oppure del mio istromento a pinzetta che nomino distruttore della casula Vedi Tav. VI. Fig. 5.

Aggiunzioni da farsi all'armamentario.

§. 6. Il cucchiajo di Dawiel riesce utilissimo a portar via la casula quando è molle, nè possa afferrarsi mediante le pinzette, vedesi questo rappresentato nella Tav. III. Fig. 2.

Uso del cucchiajo di Dawiel.

§. 7. Lo stato contro-indicante ne' casi di cateratta è molto analogo a quello descritto in caso di atresia, e perciò l'oftalmia grave, l'iritide, l' oftalmoblenorrea saranno d'impedimento, ed in caso di flusso palpebrale non si potrà trascurare quel tanto, che ho spiegato doversi fare in caso di atresia congiunta al flusso palpebrale. È degno di osservazione fra le annotazioni cliniche del 1826. il caso di quella cateratta traumatica, nel quale si è dovuta praticare l' estrazione per far cessare la grave iritide. Ciò venne osservato nel caso in cui la cateratta era stata prodotta da uno schiaffo, che avea causato il distacco della casula da' legamenti cigliari della parte inferiore, e la lente era caduta nel foro della pupilla irritando l' iride detto più sopra nella persona di Vito Aleretti, e si notò, che l' operazione fece terminare con prontezza l' iritide.

Infiammazioni, che possono controindicare l' operazione, e caso d' iritide nel quale venne praticata l' estrazione, onde portar la calma.

§. 8. Ne' casi di cateratta secondaria sarà sempre ottimo consiglio lasciar decorrere molto tempo dopo la prima operazione affinchè cessi interamente l' iritide lenta, che può aver luogo siccome è spiegato nel lib. II. pag. 90 e 93 e come si vide nei casi di Morrone, e di Pica riportati ivi pag. 230 e 240.

In caso di cateratta secondaria bisogna far cessare l'irritazione prodotta dalla prima operazione.

§. 9. Quando poi la cateratta non fosse congiunta a segni d'infiammazione si potrà eseguire l' operazione purchè i nervi sieno in tale stato, che possano servire a riconoscere gli oggetti, il quale da noi si chiama igieneurosi.

Quando manca l' infiammazione richiedesi l' igieneurosi.

Casi in cui non si deve tentare l' operazione, e casi dubbii.

§. 10. Ne' casi d' igieneurosi io riguardo come un dovere per l'oculista tentare l' operazione, ma ne' casi di evidente amaurosi sarà quasi direi un delitto tormentare un infelice, e dispendiarlo, conoscendosi impossibile la riuscita: nella semi-ambliopia nervosa e anche nell' ambliopia si può per altro tentare l' operazione con probabilità quando maggiore, e quando minore.

CAPO VII.

Come si possa riconoscere lo stato de' nervi.

Esame da farsi circa lo stato dei nervi in caso di cateratta.

§. 1. Ho spiegato nel trattato della corotecnia (lib. II. cap. VII. pag. 135.) quale sia lo stato de' nervi nell' igieneurosi, nell' amaurosi, nell' ambliopia, e nella semi-ambliopia. Ne' casi di cateratta vera abbiamo il vantaggio, che il margine pupillare non trovandosi vincolato possiamo giudicare dello stato de' nervi da' movimenti dell' iride, e dalla posizione della pupilla; cosa, che non si può fare nell' atresia trovandosi questo chiuso e vincolato.

Vista residua, che osservasi in caso di cateratta.

§. 2. Ne' casi di cateratta con igieneurosi la facoltà di vedere suole essere più impedita, che ne' casi di atresia, talchè l' uomo discerne men chiaramente i corpi avvicinati al suo occhio. Quando per altro la cateratta sia incompleta, o macchiata di tinta fosca, l'occhio discerne molti oggetti posti in vicinanza, qualunque volta i nervi sieno sani, le cateratte meno trasparenti sono quelle che hanno tinta di calce viva, quelle di un color bianco giallognolo, e le albuminose, ma anche in questi casi se i nervi saranno sani l'uomo dovrà riconoscere prontamente il bianco di un fazzoletto, ed il rosso di un portafoglio presentati vicino all'occhio in una luce viva, e favorevole, e per tal ragione qualunque volta egli restasse dubbioso, e dicesse, che il portafoglio rosso gli è sembrato lucido come un metallo e nerastro, vi sarà dubbio, che i nervi sieno alterati, e vi sarà molto a temere della paralisi.

De' casi in cui il volume dell' organo cristallino è diminuito, la percezione deve esser facile.

§. 3. Crescerà il sospetto della paralisi se mancasse la percezione indicata in tutti i casi di cateratta incompleta, o di cateratta con macchie fosche, siccome ancora nella cateratta atrofica; perchè in

questi casi, o il volume dell' organo cristallino è diminuito, oppure si conserva in parte la sua trasparenza, e perciò l' uomo discerne molti oggetti.

§. 4. Quando la cateratta è delle meno opache l' uomo non solamente potrà riconoscere il color rosso di un portafoglio ; ma altresì l' incarnato di una mano posta sopra un fazzoletto bianco alla distanza di uno, o due piedi dal suo occhio, ed in una luce favorevole. Grado di percezione in questi casi.

§. 5. In tutti i casi di semi-ambliopia ad onta della cateratta l' uomo distingue il color rosso vivo situato opportunamente , e ne' casi di ambliopia lo riconosce a stento ; ma non potrà , quasi mai discernere l' incarnato d' una mano dal bianco , nè il celeste dal verde , nè il verde bottiglia dal blò , nè il blò fosco dal nero. Se dunque ad onta della cateratta potess' egli discernere le indicate gradazioni delle tinte vi sarà ragione di giudicare esservi l' igieneurosi ; ma se la percezione di tutti questi gradi mancasse purchè la cateratta fosse molto densa non si potrebbe abbandonare la speranza di trovar l' igieneurosi ; la distinzione precisa de' corpi bianchi, e de' rossi si deve conservare in tutti i casi d' igieneurosi, ed anche di semi-ambliopia; ma ne' casi di ambliopia quasi sempre l' uomo giudica roseo il color rosso , oppure riconosce nel marrocchino una lucentezza metallica , e confonde il bianco di un fazzoletto collo splendore di una fiaccola, talchè suol giudicarlo non già un corpo bianco , ma un lume debole , oppure un corpo lucente che si muova. Residui di vista che provano l'igieneurosi.

§. 6. Bisogna dunque portare la massima attenzione a tutti que' segni i quali sogliono trovarsi ne' casi di ambliopia , e di semi-ambliopia , onde riuscire a discernere fra loro questi due gradi della paralisi , poichè l' amaurosi è da per se facile a conoscersi , mentre l' occhio in tale stato non discerne neppure la luce dalle tenebre. Facilità di conoscer l' amaurosi.

§. 7. In tutti i casi in cui la cateratta và congiunta con amaurosi , o con ambliopia sarà inutile tentare l' operazione , e soltanto si potrà questa intraprendere con utilità quando vi sia l' igieneurosi , oppure la semi-ambliopia perchè in questi casi ordinariamente l' infermo acquista un grado di vista , che gli è sufficiente a re- Casi d' operazione.

golare i suoi passi, ed alle funzioni della vita volgare. In caso di semi-ambliopia gli occhiali da cateratta non rendono perfetta la vista, la vista è debole; ma l' uomo ne acquista qualche grado, e qualunque grado di miglioramento merita esser valutato moltissimo.

I molti indizj accumulati provano l' ambliopia.

§. 8. I segni dell' ambliopia e della semi-ambliopia si possono raccogliere mediante un diligente esame, ed allorquando molti di questi indizii vadano accumulati in un soggetto sarà giusto temere l' ambliopia, quando pochi indizii si osservino si potrà giustamente sperare di trovar la semi-ambliopia.

Casi in cui vi è ragione di dubitare di qualche grado di debolezza.

§. 9. Quando la cateratta sia stata preceduta da un oftalmia vajuolosa vi sarà sempre ragione di temere qualche grado di debolezza nel sistema nervoso, e così allorquando siasi formata senza cause traumatiche in persone giovani, o quando sia conseguenza di un' iritide, e vada congiunta ad irregolarità della pupilla, e ad un versamento del pigmento nero, che nel corso dell' iritide siasi staccato dall' uvea per cadere sulla cateratta. Le persone affette da grave miopia congenita vanno sottoposte di frequente alla cateratta atrofico-albuminosa, che per lo più si mostra ad un solo occhio è di un color bianco cinereo, e suole derivare da atrofia del cristallino, la quale formasi quasi sempre dopo l' ambliopia amaurotica.

Casi di ambliopia o di amaurosi costante.

§. 10. Talune fiate la cateratta si presenta dopo una grave iritide cronica, e prende un colore olivastro; oppure un colore giallo di zafferano, in questi casi vi è sempre o l' ambliopia, o l'amaurosi, che dipende da essersi propagata l' infiammazione dall' iride fino alla retina.

Condizioni sfavorevoli.

§. 11. Se dunque avrà preceduto il vajuolo, o se l' iritide sia stata grave, fosse questa dipendente da cause traumatiche, oppure da sifilide, o da idrargirosi, o dall' artritide; sempre vi sarà dubbio per lo stato de' nervi ancorchè l' occhio infermo potesse distinguere con prontezza il bianco ed il rosso.

Altri segni di vizio nervoso.

§. 12. I nostri dubbj cresceranno quando la cateratta si mostrerà in un uomo affetto da grave miopia congenita, e da strabismo, oppure in un uomo assai vecchio, il quale sia stato attaccato da cateratta cornea; anche in questo caso crescerà il dubbio se nel-

l'occhio vi fosse strabismo. Qualche volta la cateratta cornea diventa opaca nella casula, ed allora prende la tinta cinerea, che sogliono avere le cateratte senili albuminose; ma in questi casi quasi sempre si nota che la vista è stata perduta innanzi, che si presentasse la cateratta, o almeno esisteva una cateratta cornea con tutti i segni dell' ambliopia, quantunque l' uomo vedesse i corpi bianchi e rossi posti in una situazione favorevole.

I movimenti della pupilla debbono esser giusti, e non falsi.

§. 13. Ma gl' indizii, che più servono di norma agli oculisti sono i movimenti della pupilla, siccome a tutti è noto. Avvertasi per altro, che qualche volta la pupilla ne' vecchi è ristretta, e quasi immobile, quantunque essi veggano con perfetta distinzione, e lo stesso può accadere quando esiste la cateratta; cioè vi può esser l' igieneurosi, e non di meno la pupilla sarà ristretta, e poco mobile, in questi casi vi è però sempre un movimento benchè picciolo, ma regolare; mentre per lo contrario, qualche volta l'iride si muove; e la pupilla si restringe, e si allarga mirabilmente, quantunque vi sia l' amaurosi o l' ambliopia; in questi casi l' attento osservatore potrà accertarsi, che vi sono i movimenti falsi della pupilla, cioè la pupilla si allarga nella viva luce, invece di restringersi, e così viceversa.

Iride floscia e levigata indica vizio nervoso, tinta dell' iride, e battito.

§. 14. Ho indovinato in molti casi lo stato de' nervi dalla semplice osservazione dell' iride. Un pratico esercitato subito conosce la forza nervosa guardando l' iride. Ne' casi di cateratta spuria combinata colla cateratta vera la preceduta iritide rende l' iride floscia, convessa, e di una tinta olivastra, che dipende dacchè tutta l' iride è tapezzata di linfa addensata: in altri casi l' iride acquista un aspetto fosco, il quale dipende dall' essersi rilasciate le sue fibre per la mancanza del movimento, e per essersi quasi direi disfatte le sue pliche; allora l' occhio acquista una tinta cupa ch' io la riguardo, come segno di un' occhio morto ossia paralitico. In questi casi vi è quasi sempre il battito delle palpebre ragione per cui la debolezza de' nervi io la riconosco alla distanza di 15 ed anche venti piedi dalla persona, la riconosco altresì dal modo di portar la testa storta, e dalla guardatura bieca, che è propria degli amaurotici, e perciò tante volte la ho riconosciuta a distanze notabilissime.

Il moto ondulatorio è indizio di ambliopia.

§. 15. A questi segni devesi aggiugnere, che se mai vi si trova combinato il movimento ondulatorio del globo dell' occhio, questo và sempre unito colla ambliopia amaurotica, o coll' amaurosi.

Esame dell' aspetto dell'occhio, e della forza visiva.

§. 16. Ecco dunque in che modo io istituisco l' esame di un uomo affetto da cateratta, osservo prima se vi sia strabismo, e battito di palpebre o ondulazione del globo dell' occhio, e dopo esamino la tinta dell' iride, il colore della sclerotica; le pliche dell'iride, la situazione della pupilla, la sua forma, i suoi movimenti e se questi sieno regolari, allora esamino la residua forza visiva.

Molti indizj provano l'ambliopia, e pochi la semi-ambliopia.

§. 17. Se molti indizii sfavorevoli si trovano accumulati, allora dichiaro l' ambliopia, se ve ne sono pochi il mio pronostico è per la semi-ambliopia, se tutti questi indizii, sono buoni allora il mio pronostico è favorevole potendosi sperare l' igieneurosi.

Casi d'igieneurosi.

§. 18. Ne' casi d' igieneurosi adunque non vi è battito delle palpebre, nè strabismo, nè ondulazione del globo dell'occhio, l'iride forma un piano, e non una convessità, entro l' umor acqueo, la pupilla è centrale, i suoi movimenti sono regolari, la sua forma è circolare, e l' occhio ad onta della cateratta, anche biancastra, e densa potrà distinguere molti oggetti situati in una posizione favorevole, singolarmente il bianco, ed il rosso, e se poi la cateratta fosse giallastra, o nebulosa, o arido-siliquata distinguerà altresì le tinte deboli.

Segni della semi-ambliopia.

§. 19. Se vi fosse battito dalle palpebre, o strabismo o movimenti irregolari dell' iride, o situazione eccentrica della pupilla o iride floscia; e convessa, o difficoltà di percezione, allora vi sarà a temere una semi-ambliopia; quale poi ne sarà il grado è quasi impossibile calcolarlo prima dell' operazione.

Segni dell' ambliopia.

§. 20. Formano in fine caratteri dell'ambliopia il movimento ondulatorio del globo dell'occhio, la complicazione di molti de'sopranotati segni sfavorevoli e la difficoltà a riconoscere la luce, ed i corpi, o rossi, o bianchi; se presentandosi un corpo bianco bene illuminato l' infermo non vedesse altro, che un chiarore incerto, allora vi sarebbe ragione di temere l' ambliopia, e singolarmente se la cateratta fosse o parziale, o nuvolosa, o cornea, o arido-siliquata, o secondaria, o tremula.

§. 21. Quanto ho finora esposto serve a dilucidare, ciò che riguarda la diligente diagnosi ed a riconoscere lo stato de' nervi; ma sarà altresì utile che l'oculista prima d'intraprendere l'operazione riconosca se fia possibile, quale sia la cateratta ch' egli dovrà rimuovere, e sappia in che stato potrà egli trovare l'organo cristallino, a tale effetto ho spiegato più sopra alla pag. 36. e seguenti quali sieno i segni, per cui si distinguono le varie specie di cateratta; ma ciò, che più importa si è il sapere se la cateratta sarà voluminosa oppure picciola, se sarà dura oppure molle e se la casula sarà tenace quanto una forte membrana, oppure molle come una gelatina.

Devesi in oltre riconoscere la forma della cateratta.

§. 22. Queste cognizioni agevoleranno moltissimo l'oculista, che dovesse praticare l'estrazione anteriore; poichè se la cateratta fosse voluminosa, e dura, egli dovrebbe aprirsi più ampia strada nella cornea, onde farla passare, e se fosse molle potrà facilmente condurla fuori anche per una ferita minore, se sarà membranosa, e tenace la casula, egli dovrà porre ogni cura nell' afferrarla e portarne via la parte centrale mediante le pinzette, e così potrà regolare il processo operatorio in conformità del bisogno.

Regole pel processo dell' operazione in conformità della cateratta.

§. 23. Debbo dichiarare per altro, che dall' aspetto delle cateratte si potrà quasi sempre indovinare in quale stato si trovi l'organo cristallino; ma questo giudizio non servirà, che a premunire l'oculista, poichè non dovrà riguardarsi come infallibile, e bisognerà ricercarne la conferma indagando lo stato delle parti nell' atto di eseguire l' estrazione.

Bisognerà per altro indagare lo stato delle parti nell' atto dell'operazione.

§. 24. In generale possiamo stabilire, che la circonferenza della cateratta è proporzionata alla periferia della cornea, talchè se un uomo ha la cornea molto ampia, anche la cateratta è grande; circa poi alla durezza, le più dure, e cartilaginose sogliono essere le senili per induramento, e queste si formano lentamente, hanno una tinta per lo più giallognola, e vanno congiunte all'arco senile, le molli sono quelle albuminose, le quali per lo più si presentano in persone non molto decrepite, hanno una tinta bianco-cerulea, e mostrano una superficie convessa elavatissima; ed una tinta eguale non macchiata.

Aspetto delle cateratte, e lor volume.

§. 25. Tutte le cateratte, che dipendono, o da cronica infiammazione casulare, o da cause traumatiche, o da convulsioni, e le

Cateratte casulari indurate.

arido-siliquate, e le congenite, e le secondarie sogliono essere di minor mole delle cateratte albuminose e delle dure; ma presentano una casula assai tenace e simile ad una dura membranella; in guisa, che l'oculista dovrà porre la sua maggior cura nell'afferrare la parte centrale fermamente colle pinzette e portar via quanto più sarà possibile il centro della casula viziata, in tutte le cateratte, che presentano qualche aggrinzamento della casula, e massimamente nella cateratta arido-siliquata la casula trovasi ingrossata, e tenace ed è sovvente agglutinata al nucleo della lente in guisa che formano insieme una sola massa.

Scelta della stanza e posizioni già spiegate.

§. 26. Per riguardo alla scelta della stanza, e delle posizioni da dare all'infermo, ed all'assistente non ho che aggiugnere a quanto si trova spiegato nel lib. II. pag. 138. e seguenti. Cap. VIII.

Come si dovrà praticare l'estrazione.

§. 27. Io suppongo ora, che sia stato deliberato doversi allontanare la cateratta dalla pupilla per mezzo dell'estrazione anteriore, e che sieno state prese tutte le misure opportune alla riuscita dell'operazione e quindi spiegherò come si debba praticare l'estrazione.

PROBLEMA I.

Dato un caso di cateratta vera curabile praticare l'estrazione anteriore.

Reg. I. Dopo avere posto in esecuzione i quattro precetti generali di cui ho parlato, l'oculista praticherà mediante il coltello da cateratta un taglio, che divida esattamente la metà inferiore della cornea dalla vicina sclerotica.

Reg. II. Per l'apertura introdurrà il cistotomo, e farà un'incisione angolare nella parte superiore della casula, e contemporaneamente lacererà per quanto fia possibile la parte centrale di essa.

Reg. III. Dopo avere squarciata la casula nel modo indicato farà egli uscir fuori il nucleo della lente, e que' pezzetti di casula, che venissero a presentarsi in vicinanza ai lembi della cornea.

Reg. IV. Ciò fatto egli porterà via la casula, che rimanesse in tale posizione da potere ingombrar la pupilla, usando la pinzetta quando fosse dura e tenace, ed il cucchiajo se fosse molle, e se non rimanesse aria nell'occhio dovrà chiuderlo, in caso contrario la farà uscire.

CAPO VIII.

In cui spiegasi come si pratichi il taglio della cornea.

§. 1. Perchè il taglio della cornea riesca con tutta precisione bisognerà aver dato esecuzione a ciò, che di sopra ho spiegato, ed ai quattro precetti generali vedi lib. II. pag. 110 e seguenti, inoltre bisognerà attenersi strettamente a quanto ho spiegato nel lib. II. cap. IX. riguardo al taglio della cornea per l'ectomia con picciole differenze, che stimo a proposito di quì aggiugnere.

Avvertenze già spiegate riguardo al taglio della cornea.

§. 2. Il taglio da cateratta differisce da quello che si fa in caso di ectomia per la sua lunghezza, la quale deve puntualmente essere uguale a metà della periferia della cornea, altrimenti l'organo cristallino non potrà passare, che a stento, l'iride verrà contusa e tutto il rimanente dell'operazione riuscirà infelice.

Taglio per cateratta eguale a metà della periferia della cornea.

§. 3. Il sig. Beer era solito dire che nove decimi delle estrazioni mal riuscite dipendono da imperfezione del taglio della cornea, ed io mi sono convinto per via di moltissime osservazioni della verità di questa proposizione, e non dubito di asserire, che se in tutti i casi di estrazione potessimo distaccare col taglio la metà della periferia della cornea dalla sclerotica, quasi mai verrebbe a mancare il buon successo.

Il Sig. Beer diceva, che sovvente le operazioni mancano di effetto per aver fatto picciolo taglio.

§. 4. Ne'casi per altro di cateratta arido-siliquata, e di cateratta per atrofia, o per fusione dell'organo cristallino può bastare un taglio d'un ottavo più picciolo; ma sarà sempre ottimo consiglio aprire la cornea per quanto equivale alla metà della sua periferia, giacchè il taglio grande non potrà mai riuscire dannoso, anzi sarà utile.

In qualche caso si può fare un taglio minore.

§. 5. I nostri maestri erano quasi sempre infelici nella pratica dell'estrazione anteriore appunto perchè non praticavano mai, o quasi mai il taglio della cornea della forma, e lunghezza indicata più sopra, anzi non arrivavano mai che a praticare un taglio semilunare, val quanto a dire non dividevano la cornea dalla sclerotica ma vi facevano un taglio attraverso, locchè produce un'apertura troppo angusta.

Perchè i nostri maestri fossero infelici.

Il taglio sarà più ampio, quanto più marginale.

§. 6. Ognuno intende, che partendo da' due estremi opposti il taglio riuscirà più ampio se discenderà fino alla periferia della cornea, di quello che sarebbe allorquando passasse attraverso alla sostanza di essa senza giugnere alla sua periferia, (vedi Tav. III. Fig. 2 e 3. Tav. II. Fig. 4.).

Bisogna badare all' effetto delle contrazioni nell' atto dell' operazione.

§. 7. Bisogna dunque con tutta precisione eseguirlo; ma non già meccanicamente siccome taluni usano, i quali si occupano di fare il taglio a misura senza considerare i cangiamenti, che inducono nell' occhio, e senza aver riguardo allo stato delle sue varie parti in tutti i momenti dell' operazione, bisogna aver sempre in mira la reazione delle forze vitali, ed i cangiamenti, che subisce quest' organo ne' varj momenti dell' operazione per causa delle contrazioni muscolari.

Contrazione dannosa quando l' occhio si taglia meccanicamente.

§.8. Sarebbe facil cosa praticare un taglio di giusta misura quando senza grave danno dell' occhio si potesse comprimerlo, o afferrarlo e fermarlo, come si suol fare allorchè vuolsi trinciare un pollo; vi si conficca dentro una forchetta, onde tenerlo immobile, e poi si taglia; ma l' occhio si contrae sotto l' urto de' corpi destinati a fermarlo, e viene irritato da questi con grave suo danno.

La irritazione portata all' occhio è dannosa.

§. 9. Varj tentativi mi hanno chiaramente provato, che l' estrazione riesce tanto più felice in riguardo alle sue conseguenze, quanto meno si comprime, o si tormenta l' occhio sin dal principio del taglio e la ragione ci persuade facilmente di ciò, se consideriamo, che quanto più a lungo si tormenta un' organo sul quale debbasi praticare un' operazione tanto riesce più violenta la reazione, ossia l' infiammazione. Inoltre esaminando i movimenti, che hanno luogo nel corso dell' operazione si troverà, che la pressione determina una specie di contrazione ne' muscoli di quest' organo, assai dannosa, la quale molto influisce a far mancare il successo desiderato.

La sollecitudine delle operazioni mi è riuscita dannosa.

§. 10. Ne' primi anni della mia pratica io non usava tutto il necessario accorgimento e la opportuna leggierezza; eppure le operazioni mi riuscivano tanto sollecite, che più fiate, ne fui sorpreso io medesimo, e che dai meno sapienti venivano ammirate in un modo indicibile; ma i successi non erano molto felici ed ho conosciuto ben presto, che la sollecitudine dipendeva da una pressione, ch' io

esercitava colle dita sul globo dell'occhio, la quale lo faceva palpitare fortemente e determinava una sì violenta contrazione, per cui appena compiuto il taglio della cornea la lente si vedea precipitare fuori dell'occhio, ed una porzione del vitreo con essa ne usciva restando subito libera la pupilla; e sembrando a tutti, che tale operazione fosse la più felice, che si potesse ideare.

Perchè le operazioni troppo sollecite fossero molte volte infelici.

§. 11. In seguito ho notato, che queste operazioni precipitose venivano seguitate o da emorragia, o da gravi infiammazioni, o da cateratte secondarie, e conobbi, che sì tristi conseguenze erano derivate dal perchè il corpo cristallino spinto fuori precipitosamente dall'occhio schiacciava, e tormentava l'iride nel suo passaggio, qualunque volta la ferita o non fosse stata abbastanza ampia, oppure l'iride venisse spinta contro il dorso del coltello, che andava incidendo la cornea pria che fosse compiuto il taglio. Conobbi altresì che fatta la punzione, se l'oculista usasse tirare a se il ferro per terminare la ferita, e troncasse dirò così la cornea, egli in questo momento potrà avvedersi, che per l'urto esercitato dal vitreo dietro l'organo cristallino si viene a staccare da' legamenti cigliari la parte inferiore della casula, e nel mentre esce fuori il cristallino questa viene quasi sempre respinta in alto, lasciando passare la lente, e parte dell'umor vitreo nel qual momento si ritira e si nasconde dietro all'iride, che discende col suo margine pupillare perchè vi è spinta dal corpo della lente, che sta passando per la ferita.

Come si potrà eseguire lentamente l'estrazione anteriore.

§. 12. Se dunque avremo cura di non comprimere l'occhio, onde evitare le forti contrazioni de' suoi muscoli, e se nel compiere il taglio della cornea si procederà dolcemente strisciando, siccome ho spiegato nel lib. II. pag. 144 §. 7. si eviterà la rottura della casula, che poi si potrà aprire col cistotomo, e si potrà far passare lentamente il corpo cristallino rompendolo anche se fosse molle, dopo compiuto il taglio della cornea, e regolandone i movimenti in guisa, che l'iride non soffra, e si potrà opportunamente incidere la casula anteriore e tenerla di mira non permettendo, che quella venga respinta in alto dal corpo cristallino al momento del passaggio, e tirandola poi fuori, come spiegherò minutamente più sotto.

Come si possa eseguire il taglio della misura desiderata.

§. 13. Perchè il taglio della cornea riesca puntualmente della misura e della forma, che si desidera, l'oculista deve principalmente avere in mira di piantare il coltello sul margine di essa e dirigere la punta attraverso la camera anteriore in guisa che tutta la attraversi, e dovrà sempre mantener diretta la punta del coltello dirimpetto al luogo dove è penetrata, anzi più in alto perchè la cornea resti divisa per metà. È da sapersi che quantunque l'oculista mantenga la punta del coltello diretta contro il punto della cornea situato dirimpetto a quello dove egli ha cominciata la punzione, ciò non di meno sarà facile, che nel compierla questa si trovi più al basso, ed allora il taglio riuscirebbe troppo corto; ciò dipende dal perchè l'occhio non si può, nè si deve tenere compresso, e nell'atto che il ferro attraversa la camera anteriore colla sua punta esso eseguisce insensibilmente un moto di rotazione attorno al ferro, che lo trapassa, e viene spinto verso la parte superiore in guisa che la punta và a ferire la cornea mezza linea, ed anche più, al di sotto di quel luogo a cui si era diretta, e per evitare siffatto inconveniente sarà mestieri dirigere sempre la punta del ferro più in alto del punto a cui si vuole arrivare; perchè inevitabilmente si perde spazio nel far la punzione, e se per avventura si dividesse dalla sclerotica una porzione maggiore della metà della periferia della cornea non vi sarebbe verun danno a temere.

Osservazione di un caso in cui venne distaccata più che la metà della periferia della cornea.

§. 14. A proposito di questo avvertimento io mi ricordo, che nell'estate del 1813 a Cento ho eseguita l'estrazione anteriore nell'occhio sinistro di certo Luigi Cariani chirurgo, ed avendo trovato un'uomo fermo, ed un occhio di buona conformazione praticai la punzione con tanto impeto, che invece della metà, ben due terzi e forse più della cornea restarono separati dalla sclerotica: e veramente finita l'operazione, io dubitai della guarigione, poichè sembravami quasi impossibile, che la cornea si rimanesse a posto, e che la ferita potesse cicatrizzare sotto i movimenti inevitabili dell'occhio; ma il fatto dileguò ogni dubbiezza, e l'uomo fu guarito con mirabile felicità.

Come si debba portare il coltello nel fare il taglio.

§. 15. Nell'eseguire il taglio della cornea bisognerà sempre incominciar la punzione come ho spiegato nel §. 4 del capo IX libro II.

cioè piantar la punta in vicinanza al margine della cornea, e dirigerla verso l' iride finchè giunga nella camera anteriore ; attraversata così la cornea si volga il ferro in guisa , che la lama sia parallella all' iride, e si spinga sempre innanzi la punta , che sarà volta in alto, onde aprire una grande ferita; così praticando si vedrà insinuarsi il coltello , come se fosse un cuneo destinato a seperare la cornea dalla sclerotica , e fatta la punzione si dovrà spingere la punta del coltello sempre in alto , e verso la radice del naso. È cosa degna da osservarsi , che molte volte , quando sia appena compiuta la punzione il coltello si trova tanto infossato che sembra inevitabile la ferita delle palpebre , e del naso del paziente , ma poi quando è compiuta siamo così padroni dell' occhio , che sebbene di sua natura fosse picciolo , ed infossato si potrà portare il coltello a fior d' orbita , onde evitare qualunque offesa delle vicine parti, e l'occhio seguiterà il coltello portandosi anch' esso all' infuori, ossia a fior d' orbita, benchè sia finita la punzione, locchè dà opportunità a compiere il taglio senza ferire le parti vicine all' occhio.

Come si debba regolare il taglio negli occhi globosi.

§. 16. Avvertasi però , che se si dovesse aprire la cornea di un occhio globoso non bisognerà tirare molto infuori l'occhio col ferro , oppure si dovrà ricondurlo sotto il livello delle palpebre tostochè sia compiuta la punzione , altrimenti metà dell' occhio , ed anche più troverebbesi all' infuori del margine palpebrale , e quando l' assistente abbandonasse la superiore palpebra si vedrebbe l'occhio esser compreso fra le due palpebre in guisa , che trovandosi aperta la cornea vi sarebbe a temere il vuotamento di una gran parte del vitreo.

Danno osservato in due casi di occhi globosi portati fuori dal livello delle palpebre.

§. 17. Io trovo registrati fra i molti casi di occhi globosi due ne' quali ho trascurato di ricondurre col ferro medesimo l'occhio sotto il livello delle palpebre e compiuto il taglio la palpebra superiore vi esercitò una pressione sì forte , che la lente si precipitò fuori dell' occhio , e con essa gran parte del vitreo, ed in questi due casi ho notato con rincrescimento, che il margine pupillare in quell' impeto del cristallino era disceso molto in basso, e rimanendosi l'occhio semi-vuoto la cornea si era mal ricomposta; locchè portò una atresia con sinechia in questi occhi perchè non ricondotti al

loro livello nel dar compimento al taglio, mentre l'altro del medesimo individuo avea felicemente ricuperata la vista ; nè il difetto di questi attribuir potevasi ad altre cagioni.

Ho spiegato la direzione da tenersi col ferro.

§. 18. Nel dilucidare le regole per l' esecuzione del taglio della cornea ho indicato, che il coltello deve da principio dirigersi contro l' iride, poi si rivolgerà in direzione paralella alla sua faccia anteriore in guisa che percorra la camera anteriore senza offesa della membrana indicata, e da ultimo la punta dovrà attraversare la cornea nella parte opposta a quella dove è entrata, e dovrà essere spinta innanzi lentamente dirigendola in alto, ed all' infuori, onde compiere il taglio segando per così dire dolcemente la cornea, ed evitando l' offesa di tutte le parti che circondano l' occhio.

Figura, che indica la direzione del coltello.

§. 19. Il coltello dovrà dunque percorrere il suo cammino variando ad ogn' instante la direzione, locchè forma una difficoltà notabilissima nell' eseguire il taglio della cornea, e per ispiegare quel movimento, io sono solito presentare la figura, che si vedrà alla Tav. III. fig. 4., e sovvente ne' primi anni della mia pratica, io moveva la mano così tortuosamente immaginandomi di fare quel taglio descritto dal maestro Beer.

Necessità di dirigere il coltello verso l' iride nel principio del taglio.

§. 20. Se si trascurano le regole, che ho spiegato, qualche disordine sempre ne viene, per esempio se da bel principio il coltello si piantasse con direzione parallella all' iride il taglio della cornea riuscirebbe a sbieco, e quantunque al di fuori paresse grande, l' apertura riuscirebbe al di dentro angusta per dar passaggio alla lente, singolarmente in que' casi ne' quali la cornea o è molto grossa, o è poco convessa.

Perchè non convenga tirare a se il coltello e finir precipitosamente il taglio.

§. 21. Similmente se fatta la punzione si tirasse a se il coltello onde compiere sollecitamente il taglio, allora si staccherebbe improvvisamente la cassula inferiore da' legamenti cigliari, e la lente si precipiterebbe fuori dell' occhio, movendosi una contrazione dannosa per una reazione eccitata dal taglio improvviso. Inoltre ho anche osservato, che in questi casi il taglio della cornea riesce in guisa, che attraversa la sua sostanza, e non discende regolarmente fino al suo margine inferiore ; locchè rende men favorevole la ferita pel passaggio di una lente voluminosa, e fa sì

che si rimanga una cicatrice, la quale, come attraversa la cornea è visibile dopo la guarigione, e qualche volta ingombra parte della pupilla.

§. 22. Ho notato nella pratica dell' ecraxis, che siccome non sempre tutto può riuscire appuntino, per quanto l'oculista desidera vi saranno per altro i suoi vantaggi, quando anche il taglio non fosse giunto al margine inferiore della cornea; nè per questo difetto mancherà interamente il buon sucesso: per esempio nella maggior parte de' casi la lente esce più libera, cioè senza essere investita dall' iride, quando il taglio abbia attraversato la cornea ad una linea di sopra del suo lembo inferiore; perchè trovasi questo assai vicino al margine pupillare locchè favorisce a liberare la lente dall' iride, e per tale riflessione, io sono stato qualche tempo sul dubbio se meglio convenisse far passare il taglio attraverso alla cornea, o farlo discendere fino al suo margine inferiore; ma ho conosciuto, che in generale è sempre meglio farlo arrivare alla periferia inferiore della cornea perchè allora il taglio dà facile passaggio a qualunque voluminosa cateratta avendosi maggiore apertura in lungo, che per riguardo all' inviluppo dell' iride da questo è facile liberare la cateratta alzandola mediante il cistotomo che portasi all' incontro di essa. Si deve per altro por mente, che il taglio riesca lungo quanto si è detto, e che non sia fatto a sbieco; in qualche caso di cateratta molle mediocremente, io avea piantato il coltello a qualche distanza dal margine della cornea, ed era uscito colla punta troppo presto in guisa che il taglio sarebbe stato assai corto; ma poi avendolo fatto discendere fino alla periferia inferiore della cornea stessa si aprì tanto spazio, che la cateratta potè passare con felicità, ed il sucesso ottenuto fu buonissimo, io però mi era contentato del taglio descritto, che si vedrà rappresentato Tav. III. Fig. 1 perchè sapeva che la cateratta era o arido-siliquata, o molle e potea sperare di farla uscire per un taglio picciolo.

Vantaggio osservato quando il taglio non arrivi al margine inferiore della cornea.

§. 23. Sarà forse meravigliato il lettore a sentire, che per fare nella cornea un taglio di giusta misura si trovi tanta difficoltà, e singolarmente si meraviglieranno que' principianti, i quali abbiano fatto de' tentativi sul cadavere perchè la quiete, e la mancanza di reazione rende facile tal pratica sul cadavere. Ma bisogna considerare

La difficoltà di eseguire il taglio con precisione sembrerà esagerata ai principianti.

che l'operazione è sempre una specie di lotta nella quale dee vincere il chirurgo, e che le regole le più precise non si possono sempre eseguire appuntino, come si desidera perchè sono pratiche momentanee, e la rapidità, e qualche picciolo turbamento inevitabile tolgono sovvente la precisione desiderata.

Pericolo di ferire l'iride nel fare il taglio.

§. 24. Ciò che più rende incerta e difficile la riuscita del taglio della cornea si è il pericolo di tagliare, o ferire l'iride nel compiere il taglio, e tutti gli oculisti vogliono evitare con grandissima cura la ferita dell'iride, ed hanno proposto suggerimenti onde evitarla, se fia possibile; ma il più delle volte queste regole sono state poste in uso con danno dell'occhio, ed in generale posso accertare, che quanto più si teme di ferire l'iride tanto più è facile offenderla.

Mezzi inopportuni onde evitare il taglio dell'iride.

§. 25. È stato messo in uso da Lobestein un coltello convesso, come la cornea, credendosi evitare in tal modo la ferita dell'iride, ma questo difficilmente fa un taglio regolare, e lo stento inevitabile nel suo passaggio determina quasi sempre una contrazione dell'occhio, che spinge l'iride sul coltello con gravissimo danno e pericolo, il sig. Giuseppe Warner ha proposto un coltello concavo sul dorso, ma si è veduto, che per una parte questo coltello è troppo fragile, e per l'altra dove si rialza il dorso facilmente urta, e fa contusione nell'iride. Il sig. Beer suggerisce che se l'iride si presentasse sotto al coltello si sospenda l'operazione, e si porti il dito a comprimer la cornea, onde respingerla in dietro; ma nemmen questo ripiego mi è riuscito felicemente perchè nel comprimere la cornea ho respinto il coltello indietro, ed ho notato, che in quel momento il dorso di esso faceva una contusione assai dolorosa, e dannosissima all'iride.

Due ragioni che fanno riuscire la pratica raccomandata dal professore Beer.

§. 26. L'avvertimento del sig. Beer per altro riesce più utile che tutti gli altri; ma per quanto ho potuto conoscere la buona riuscita, quando si ottenga, dipende principalmente da due motivi, dalla sospensione dell'operazione, che ha luogo; mentre si và col dito indice sulla cornea a comprimerla, questa sospensione dà quasi sempre il tempo necessario a far cessare lo spasmo, e la contrazione del globo dell'occhio, e l'altra utilità del suggerimento deriva dal perchè l'oculista non vedendo più l'iride che

temeva di tagliare, e sperandosi di averla respinta procede con tutta franchezza, e celerità al compimento del taglio, celerità, che giova sovvente a serbarla intatta.

successi felici notati quando l'iride è stata recisa.

§. 27. Ho conosciuto per molte pruove, che l'evitare con tanta cura la recisione dell' iride impedisce sovvente all' oculista di formare un taglio abbastanza grande nella cornea, e che la recisione dell' iride non è mai dannosa perchè anzi così si apre la via al passaggio libero della cateratta, e ponendo a calcolo i successi; ho veduto, che sono guariti con somma felicità quasi tutti coloro ne' quali l' iride è stata tagliata, mentre soffersero delle gravi, e dannose infiammazioni molti di quelli ne' quali l' iride era stata con difficoltà preservata.

Perchè l' iride non debba esser contusa nel momento dell'operazione.

§. 28. La ragione di tutto ciò chiaramente apparisce a chiunque consideri, che l' iride si può impunemente tagliare, e portar via come facciamo in tutti i casi di ectomia, e di dialisi, ma non deve esser contusa, ammaccata, o stritolata, perchè allora vi si determina un' infiammazione, i suoi nervi soffrono irritazione, molto sangue si versa nel di lei tessuto, e ciò dà origine, o all' emoragia, o all' iritide effetti egualmente rovinosi per l' occhio; chi ha veduto che i nervi del corpo umano, e tutte le parti le più sensibili possono tagliarsi impunemente; ma che non si potrà mai ammaccare, o contundere le dette parti senza pericolo di gravissimo danno; si persuaderà, che l' iride, può venir recisa, ed anche staccata dalla vicina coroidea senza pericoli; ma non può essere contusa da' nostri ferri, o spinta a ricever contusioni ed a strisciare contro il margine della cornea ferita senza grave pericolo.

In certi casi ho cercato di tagliare l' iride.

§. 29. Dopo queste riflessioni, e dopo molte pruove di fatto, io non mi sono più occupato scrupolosamente di evitare la recisione dell' iride, ed in qualche caso di cateratta grossa, e dura, e di occhi infossati, ho anzi cercato portarne via un pezzo in vicinanza alla parte inferiore del margine pupillare tagliando così, e cornea, ed iride, e ne ottenni i più felici risultamenti; perchè tagliata l' iride è aperta la strada al passaggio della lente, e forse quel poco di sangue, che n' esce al momento dell' operazione la rende men sottoposta ad infiammarsi.

Operazioni apparentemente sbagliate, e ben riuscite.

§. 30. Dal fin quì detto si raccoglie perchè professori di abilità abbiano dichiarato che non vi è operazione più incerta di quella della cateratta, (vedi lib. I. pag. 210.) e che talvolta un' operazione eseguita secondo tutte le buone regole manca di successo, o porta un esito infelice, mentre per l' opposto un' operazione mal praticata può dare buoni risultamenti, ed io mi ricordo, che due abili medici molto istruiti nell' oftalmiatria ci raccontavano di aver veduto un' oculista ciarlatano, il quale tagliava gli occhi senza nessuna regola, e faceva, come essi dicevano cose orribili, niente curandosi di ferire e tagliare a pezzi l' iride con una temerità senza pari, eppure esaminando i risultamenti avean notato esser egli più fortunato di qualche altro dottissimo, e diligente operatore che estraeva le cateratte secondo tutte le regole dell' arte.

La deformità della pupilla è un difetto poco notabile.

§. 31. È cosa incontrastabile, che la recisione dell' iride induce una picciola deformità, ossia un prolungamento della pupilla, e toglie qualche cosa alla perfezione apparente a cui sempre mirar deve un buon pratico; e qualche volta io ben sò, che i miei avversarj hanno criticato una tale imperfezione in qualcuna delle mie operazioni, ma i miei infermi hanno risposto, che comunque fosse, aveano ricuperato la vista, e ciò loro bastava.

Non mi dispiace tagliar l' iride per evitare la perdita totale dell'occhio.

§. 32. Io per altro non raccomanderò di sempre tagliar l' iride anzi voglio evitare per quanto è possibile questa imperfezione; ma quando mi trovo nel bivio fra i dolori, o la perdita del successo desiderato a cui esporrei l' infermo, ed il prolungamento della pupilla, che può dipendere dalla recisione dell' iride, sempre mi porto a questo, e taglio l' iride con grande illarità ricavando anche da ciò un buon pronostico pel successo dell' operazione; io stò col proverbio che l' *ottimo è nimico del bene*. È anche da sapersi che allorquando si taglia l' iride non vi è quasi mai la consecutiva ernia, e che quest' ernia, come anche la caduta del vitreo, conseguenze che non è sempre in poter nostro evitare, cagionano esse pure la deformità della pupilla, che si è cercato evitare serbando intera l' iride, dunque gioverà esporci ad una picciola imperfezione le tante volte inevitabile a fine di ottenere il più importante oggetto della nostra operazione.

§.33. La deformità della pupilla prodotta dal taglio dell' iride è rappresentata nella Tav. VI. Fig.3. Per far conoscere, che questa è una deformità poco importante alla maggior parte degli uomini, e può dirsi esser piuttosto deformità per un' oculista, non già per le altre persone, basterà dire che si guardano d' ordinario gli occhi molto superficialmente, perchè ho conosciuto un signore, il quale avea guardato tutto il tempo di sua vita negli occhi di una bella dama senza essersi avveduto che le di lei pupille erano oblonghe, in vece di essere circolari, e quasi nessuno si accorge di quel fenomeno, che abbiamo sott' occhio alla giornata, cioè che le pupille si dilatano nella luce moderata, e si restringono nella luce viva; altri quantunque abbiano guardato con amore i begli occhi di qualche persona, e lungamente, ed in tutte le ore della vita non si sono mai accorti di ciò, e non lo rimarcano sennonquando ne sieno istruiti.

Poco è manifesta la deformità della pupilla.

§.34. Ciò prova che la deformità della pupilla indotta dal taglio dell' iride non è un difetto da evitarsi con mettere a pericolo il buon successo delle nostre operazioni perchè non verrà osservato da nessuno.

Difetto da non evitarsi.

§. 35. Quando la cornea si vuol tagliare puntualmente nel suo margine è quasi inevitabile, che talvolta il coltello trascorra al di là, ed intacchi in qualche parte la sclerotica, la quale trovasi rivestita da floscia congiuntiva, il taglio della sclerotica vicino alla cornea non è però di dannosa conseguenza; fuorchè essendo questa ricca di vasi sanguigni porta emorragia, e la congiuntiva recisa con essa dà quasi sempre un versamento di sangue notabile ne' primi momenti dell'operazione, questa emorragia è piuttosto utile, che dannosa al buon successo quantunque toglie qualche cosa all'eleganza dell'operazione; allorchè ha luogo, ed è più notabile quando le dette parti per qualche irregolarità sieno fornite di vasi sanguigni assai grossi.

Danno che deriva dal taglio della sclerotica e congiuntiva presso la cornea.

§. 36. Bisognerà in questo caso soprassedere, e ritardare la pratica della seconda regola; ed io son solito asciugare pazientemente il sangue in fin che si ristagni, e poichè non di rado ha luogo l' ifemia, aspetto finchè il sangue penetrato nella camera anteriore sia coagulato, e quando vi porto il cistotomo alzo la cornea, e cerco di farlo uscire accompagnando il cistotomo con un lembo finissimo del mio fazzoletto bianco, che tutto s' imbeve della sierosità, e del sangue contenuto nella camera anteriore.

Come si debba regolare l' operazione in caso d' ifemia.

Si possono anche tirar fuori i grumi di sangue colla pinzetta.

§. 37. Il più delle volte con questi piccioli mezzi l' emoragia cessa interamente, e l' ifemia si toglie; se però la camera anteriore fosse molto ingombrata di sangue si potrà anche portare nell' occhio una pinzetta acuta e tirarne fuori i grumi che fossero raccolti in essa prima di passare alla pratica della regola II.

Come si debba regolare l' oculista quando è tagliata la congiuntiva della sclerotica.

§. 38. Vi sono taluni, che pensano doversi evitare di oltrepassare il confine della cornea nel dar compimento al taglio, ed il sig. Barth insegnava, che allorquando compiuta la recisione della cornea si vedesse parte della congiuntiva sul ferro non ancora tagliata si dovesse ritirare il coltello dolcemente, e poi ordinava, che si facesse un taglio mediante le forbici di Dawiel per aprire la detta congiuntiva in vicinanza al margine della cornea.

Poco è dannosa questa recisione.

§. 39. Tutte queste cure per quanto ho potuto conoscere non danno un risultamento proporzionato all'imbarazzo, che arrecano; perchè la ferita della congiuntiva quantunque prolungata molto sulla sclerotica si guarisce di prima intenzione, e con facilità, unicamente produce quella emoragia descritta più sopra, la quale non porta, che una sospensione d' operazione, e qualche volta determina l' ifemia, in generale però non sarà da temersi questa emoragia perchè il successo in questi casi suole essere più felice, che allorquando la congiuntiva della sclerotica non sia stata recisa.

Utilità di un taglio così esteso.

§. 40. La ragione di questo dipende da due principj; cioè dall' evacuazione di sangue locale, che è sempre di qualche utilità nelle ferite, e dall' estensione, che prende il taglio ogni qual volta si oltrepassi il margine della cornea. In qualche occasione il ferro mi è trascorso tanto al di là dalla periferia della cornea, che io credeva di avere tagliato il margine dentato dell' iride; ma tutta l' iride era rimasta intatta perchè la sclerotica sormonta sempre alcun poco il margine della coroidea, e l' orbicolo cigliare.

Svantaggi notati quando il taglio si allunga troppo sulla sclerotica.

§. 41. Ad onta di quanto ho detto in riguardo all' utilità d' intaccare la congiuntiva della sclerotica, procuro di tenermi col taglio assai vicino al confine della cornea per non eccedere dall' altra parte; mentre il taglio prolungato molto sulla sclerotica porta sovverchia emoragia, e fa sì che più facilmente la cateratta si presenti inviluppata dall' iride, locchè reca sempre un certo pericolo come dirò nel capo susseguente.

§. 42. Molti autori di merito distinto hanno dichiarato altamente che la ferita della cornea è pericolosa, e porta quasi sempre grave infiammazione, che è difficile a rimarginarsi, come lo sono tutte le ferite delle parti cartilaginose, o prive di vasi sanguigni; ma le osservazioni non corrispondono a questi dubbii.

Opinione dichiarata da molti riguardo al taglio della cornea.

§. 43. In tutto questo vi è di vero, che la ferita della cornea è difficile a rimarginarsi, e richiede molto tempo nella massima parte de' casi, principalmente quando non sia stata intaccata nè la congiuntiva, nè la sclerotica; però questa lentezza nel guarire prova anzi la difficoltà d' infiammarsi, perchè è noto che le parti più sottoposte all' infiammazione ne' corpi animali sono appunto quelle, che più sollecitamente, o guariscono, o cadono in suppurazione.

La lentezza nel guarire dimostra la difficoltà d' infiammarsi.

CAPO IX.

In cui viene dichiarato, come si debba squarciare la casula.

§. 1. Ho già spiegato più sopra (regola II. pag.62.) che l'oculista, deve introdurre il cistotomo per la ferita della cornea, e praticherà con esso un taglio angolare vicino alla periferia superiore della casula, indi cercherà isolarne la parte centrale, onde farla poi cader fuori se fia possibile nell'atto di estrarre la lente.

Spiegazione della regola II.

§. 2. Ho detto se fia possibile perchè accade sovvente, che nel compiere il taglio della cornea l'oculista dia una scossa all'occhio, o che si determini una contrazione, la quale spinge la lente, ed anche il vitreo sul margine della ferita, ed in questo momento si stacca la periferia inferiore della casula dai legamenti cigliari. Accaduto ciò se l' operazione viene sospesa, e si calma l' occhio, tosto ritorna in posto la cateratta, e la casula rimane in sito, ma poi quando si penetra col cistotomo dovendosi comprimere alcun poco l' occhio, onde tenerlo quieto, o affinchè si prolunghi la pupilla, facilmente la casula distaccata viene spinta in alto dal corpo della lente, e và a nascondersi dietro la parte superiore dell' iride, ed in tal caso invece della casula il cistotomo taglia la lente.

Le contrazioni, e le scosse dell'occhio spingono la lente fuori, prima che venga aperta la casula.

Come la casula squarciata si nasconda dietro l' iride.

§. 3. Se però la casula non siasi distaccata come ho spiegato, allora vi è il tempo di tagliarla immediatamente col cistotomo, ma per lo più in questo momento destasi una contrazione dell' occhio così forte, che appena vi è il tempo di eseguire una strisciata sulla casula, e ben tosto la cateratta si fa strada, la casula viene squarciata, e suol ritirarsi ne' due luoghi laterali alla pupilla nascondendosi dietro all'iride tutta aggrinzita, e lasciando passare il corpo della lente, dopo di che suol rimanere nascosta dietro dell'iride.

Sezioni della casula descritte dal Beer, e da praticarsi mediante il cistotomo.

§. 4. Il nostro maestro Beer insegnava nella scuola doversi col cistotomo, ossia coll'ago lanciato far varie incisioni d'alto in basso e paralelle fra loro; indi che si volgesse il cistotomo in guisa da passarla attraverso, e si proponeva di così dividere tutta la casula in tanti pezzi romboidali, che facilmente sarebbero poi caduti fuori dell' occhio; ma quasi sempre si agisce per brevi momenti sulla casula, ed i tagli si fanno sul corpo della lente, locchè viene spiegato con evidenza dalla Fig. 6. Tav. IV.

Come fosse da lui realmente trattata la casula, e come si rimanesse.

§. 5. Osservando in fatti le di lui operazioni sul vivo ho conosciuto ch' egli facea benissimo la prima incisione sulla casula, ma tutte le altre cadevano sulla superficie della lente, la quale squarciata la casula s' intrometteva subito nella ferita, e la divideva in due parti presentando al cistotomo la sua convessità anteriore, la quale in tutte le altre mosse dell' istromento veniva divisa in romboidi, e così tutto ciò che l'oculista operava mediante il cistotomo ad altro non serviva, che a lacerare la superficie della lente, o ad agitare questo corpo, il quale perchè ondeggia sul vitreo non si può sempre tagliare o perchè molle si spappola, e la casula rimaneva quasi sempre nascosta dietro l' iride con gravissimo pericolo, che dopo alcun tempo venisse a ricomporsi ed a formare una cateratta secondaria. La figura citata più sopra serve a spiegare appunto quel tanto che ho detto.

La cateratta arido-siliquata seguitava i movimenti del cistotomo.

§. 6. Ne' casi di cateratta arido-siliquata volendo seguitare le regole del mio maestro ho veduto, che appena il cistotomo si era piantato tutta la cateratta seguiva i suoi movimenti e non potevasi squarciare la casula, ma soltanto si agitava e si rendeva isolata da' vincoli l' intera cateratta, che poi usciva facilmente, come dirò a suo tempo, senza che la casula fosse stata squarciata.

§. 7. Qualche volta la pupilla si restringeva, e l'iride si addossava talmente alla casula, che appena il cistotomo potea penetrare su di essa senza offender l'iride, e quando avessi voluto insistere nella pratica delle regole, altro non avrei fatto che molestare, e contundere il margine pupillare dell'iride.

Pupilla ristretta che non lascia penetrare il cistotomo.

§. 8. Ecco perchè sarà meglio proporsi di fare ciò, che è più facile a riuscire, perchè richiede poco tempo e si pratica quando la casula è ancora intatta, non dovendosi eseguire movimenti inutili, e che non sieno conducenti al nostro scopo. Sarà dunque meglio attaccare col cistotomo la casula in alto, e cercare di farvi uno squarcio angolare, come indica la Tav. IV. Fig. 1; quasi sempre abbiamo il tempo di separare quella parte superiore della casula che è la più facile a discendere, e che produce non di rado le cateratte secondarie consecutive. Spesse fiate se la casula squarciata in basso si è ritirata in alto per dar passaggio alla cateratta possiamo col cistotomo tirarla di nuovo in basso, e così prepararla ad essere squarciata rendendone isolata almeno la porzione centrale, locchè basta ad impedire la formazione della cateratta secondaria, quando la casula sia squarciata in alto per un incisione, o per due incisioni, che s'incontrino ad angolo curvilineo si forma un dentello e resta cadente, in guisa che può venir tolto quando esce la lente perchè tende a cadere in basso (Vedi Tav. IV. Fig. 1.) e se per avventura pur rimanesse nell'occhio siccome è cadente, e viene attraversato dall'umor vitreo, che quasi sempre dopo il taglio della cornea cade sulla pupilla, così la cateratta secondaria per agglutinazione della casula difficilmente potrà formarsi.

Come si debba recidere la casula.

§. 9. Se poi ritrovo la casula molle come una pappa, allora sono solito dividerla in tutti i sensi coll'ago imitando il maestro Beer e se fosse arido-siliquata dopo averla fatta girare la lascio in sito perchè poi tolgo l'intera cateratta mediante le pinzette; quando però la casula fosse molto ingrossata e dura non potendo farvi degli squarci come si desidera perchè resiste, e si presenta il corpo della lente, la quale si precipita fuori dell'occhio, in questo caso lascio ben presto il cistotomo per afferrarla colle pinzette, e tirarne via la parte centrale anche prima, che il corpo cristallino sia uscito fuori, vedi la Tav. VII. Fig. 4.

Come si tratti la casula molle, e quella di una cateratta arido-siliquata.

Forma de' cistotomi da me usati.

§. 10. Io mi sono servito per molti anni del cistotomo lanciato di cui servivasi il nostro maestro Beer, ma ho conosciuto, che non si può mai adoprare, sennon la metà di esso, e l' altra non agisce e non serve che d' imbarazzo; talchè ho fatto eseguire un cistotomo che è la metà del primo, e penetra facilmente, nè minaccia di offender l' iride, mi sono anche servito utilmente in molti casi di un cistotomo avente una punta angolare perchè questo lacera, ed afferra la casula molto comodamente, e già non adoperiamo, che la punta, onde lacerare, e ridurre in pezzi la casula. Vedi Tav. III. Fig. 5.

Come debbasi condurre il cistotomo sulla casula.

§. 11. Qualunque sia l'istromento bisogna portarlo primieramente sulla casula in guisa che venga squarciata o formandovi un arco, o un taglio lanceolato in alto e molto vicino al margine superiore della pupilla, e si dovrà por mente di evitare che il cistotomo offenda, o porti contusione sull' iride.

Come restringasi la pupilla dopo il taglio della cornea ed utilità di una pressione sull' occhio.

§. 12. Qualche volta dopo eseguito il taglio della cornea talmente si appassisce l' occhio, e le parti si addossano singolarmente ne' vecchi, i quali sogliono aver la pupilla ristretta, e ne' quali riproducesi con molta difficoltà l' umor acqueo, quantocchè sembra impossibile portare il cistotomo sulla casula e squarciarla, ma in questi casi tutto si renderà facile praticando una leggiera pressione sul globo dell' occhio, e tosto si vedrà prolungata la pupilla ed aperta verso il luogo della pressione per dar passaggio alla cateratta, che incomincierà ad uscire; allorchè la pupilla è così aperta riesce facile portare il cistotomo sulla casula.

Si deve badare di agire sulla casula con precisione.

§. 13. Un buon oculista dovrà però in questo momento osservare attentamente la pupilla, onde conoscere i movimenti della casula, che per lo più dà passaggio alla lente, e si squarcia; e si ritira, o sui lati o in alto, e così egli adoprerà il cistotomo con cognizione di causa, e saprà quello che fa; e cercherà sempre metterla in pezzi, o almeno squarciare la sua parte superiore nella vicinanza dei legamenti cigliari.

CAPO X.

In cui spiegasi come si possa condur fuori la lente, ed i pezzetti della casula squarciata.

§. 1. Subitochè la casula è stata squarciata, se la lente non venisse fuori da per se, come spesso addiviene, bisognerà cercare di farla uscire e perciò si rivolgerà il cistotomo verso il centro di essa onde smuoverla, e farla ruotare intorno al suo asse, movimento, che giova a liberarla da qualunque vincolo, e se in questo mentre l' occhio si mettesse in contrazione, la lente si presenterà per uscire fra i lembi delle ferita; e bisognerà accompagnarla, finchè il suo lembo inferiore si mostri libero dalla membrana dell' iride, che se la detta membrana inviluppasse la parte inferiore della lente si dovrà portar di nuovo il cistotomo contro il centro della cateratta e rialzarla, e respingerla indietro fintantochè abbia superato il margine pupillare. Subitochè la cateratta si presenti libera gioverà ritirare il cistotomo, che altrimenti il passaggio della lente verrebbe impedito, perchè fra i lembi della ferita si troverebbe cateratta, iride, e cistotomo insieme, locchè difficulta il passaggio.

Si rimuove la lente, e si accompagna finchè superi col suo lembo il margine pupillare.

§. 2. Importa sommamente alla buona riuscita dell' operazione badare, che la lente non venga fuori inviluppata dall' iride perchè nell' uscita, che essa fa la detta membrana viene spinta fuori, ed è portata a strofinarsi contro i lembi della cornea ferita nel qual momento l' infermo può sentire gravi dolori a tutti i rami del quinto pajo, ed allora l'iride tutta si riempirà di sangue, come accade alle parti, che ricevono contusioni e subito dopo suol incominciare l' iritide se lo strofinio è stato forte, se per l' opposto fosse stato meno considerabile l' iritide non si manifesterà che dopo dodici, ed anche ventiquattrore, e se fosse stato violento allora dopo gonfiata l' iride il sangue incomincierà a scaturire dalla superficie di essa, e la fatale emoragia dell'iride si manifesterà accompagnata da vomito, e singulto per cui l' occhio potrà dirsi perduto.

Importa che l'iride non si trovi spinta fra i lembi della ferita.

Se il taglio è picciolo la cateratta si presenterà avviluppata dall' iride.

§. 3. Allorchè il taglio della cornea sia grande abbastanza, o la cateratta non sia dura, e voluminosa, oltre il consueto, o l' iride sia stata recisa; a meno che non rimanesse un istimo fra le due parti laterali dell' iride sempre la lente si mostrerà fra i lembi della cornea libera dall' iride, ed uscirà fuori con facilità, e senza pericoli; ma se il taglio sarà picciolo la cateratta si presenterà inviluppata, e se sarà picciolissimo invece di presentarsi per uscire cadrà arrovesciandosi entro il vitreo, e comincierà ad uscire il sudetto umore in vece della cateratta.

Si sospenderà l' operazione, e poi si dovrà comprimere la parte superiore della cornea.

§. 4. Quando la cateratta presentasi inviluppata dall' iride giova sospendere per un momento l' operazione, quietare l' occhio abbandonandolo tutto a se stesso, e lasciando le palpebre, e subito dopo si farà una pressione leggiera sulla palpebra superiore in guisa, che venga compressa la parte più alta della cornea, e si vedrà spesso, che la cateratta presenterà la sua costa inferiore libera perfettamente dall' iride, e tutto il resto procederà con felicità, purchè il taglio della cornea non fosse eccessivamente picciolo nel qual caso sarà d' uopo allungarlo.

Danno osservato quando io mi ostinava a comprimer la cornea in basso.

§. 5. I nostri maestri ancorchè l' iride si presentasse inviluppando la cateratta continuavano a comprimer l' occhio nella sua parte inferiore con gravissimo danno di quella membrana, che sempre più veniva spinta fuori, e soffriva dello sfregamento, ed io medesimo per l' ostinazione di voler continuare a comprimer l' occhio in basso ho veduto straziarsi dirò così l' iride sotto ai miei occhi; ma ora non faccio che riposare l' occhio, e porto la compressione che facevasi disotto alla cornea sulla sua parte superiore e sono certo di vedere uscir la cateratta libera dall' inviluppo dell' iride a meno che il taglio non fosse cortissimo.

Le pressioni sono dannose, e gioverà piuttosto allungare il taglio della cornea.

§. 6. Ho parlato della pressione da esercitarsi sul globo dell' occhio onde far uscire la lente, ma questa non è sempre necessaria, nè deve sempre eseguirsi, poichè qualunque volta l' apertura della cornea sia riuscita proporzionata al volume della cateratta questa esce nel mentre si và col cistotomo lacerando la casula senza bisogno di pressioni, ed in questo caso l' operazione suole avere un esito molto felice perchè l' iride nulla soffre, e tanto più soffre quanto più saremo obbligati ad esercitare pressioni sul globo del-

l' occhio ; per cui se si conoscerà , o che il taglio sia riuscito troppo picciolo , o che la cateratta sia troppo voluminosa gioverà moltissimo allungare subito il taglio della cornea.

Utilità del taglio fatto sulla cornea al confine del primo.

§. 7. Più fiate ho veduto , che la cateratta si rimaneva quasi immobile dopo il taglio della casula ad onta di qualche pressione, e fatta un' incisione sul confine della cornea in continuazione della prima vidi subito uscir fuori quasi spontaneamente la cateratta.

Le cesoje di Dawiel sono inopportune ad allungare il taglio.

§. 8. Per prolungare il taglio della cornea i maestri dell' arte hanno raccomandato, ed hanno posto in uso le cesoje di Dawiel, ma quante volte ne ho fatto uso ho notato , che la branca introdotta nella camera anteriore urtava contro l' iride e vi esercitava contusioni dannose , per la qual cosa ho pensato ad un istromento , che fosse più opportuno. In questi ultimi anni dopo molti tentativi mi sono convinto , che il migliore ordigno sarà un coltello da cateratta, il quale introdotto per la cornea ferita si potrà spingere verso uno degli estremi confini del taglio , e facendo passar la sua punta al di sopra di esso si potrà traforare la cornea, indi ritirando il coltello verso la ferita già fatta si otterrà di prolungarla per una o due linee , che è quanto si richiede.

Non riesce utile piantare il coltello sopra la ferita della cornea . e discendere ad incontrarla.

§. 9. In molti casi ho tentato piantare il coltello al difuori contro la cornea , e dopo esser penetrato nella camera anteriore l' ho fatto discendere in guisa, che venisse a terminare dentro al primo ; ma ho notato , che allorquando si pianta il coltello per di fuori (vedi Tav. VIII. Fig. 1.) non essendo quello contenuto nel taglio è facile , che la ferita si prolunghi in vicinanza della prima senza però entrarvi, e rimane un dentello fra le due ferite, che dispiace e rende irregolare la ferita non senza qualche danno per la guarigione che vuolsi ottenere.

Ragioni, che ci fanno trascurare di rolungare il taglio.

§. 10. Io credo, che se avessimo spesso in uso di allungare il taglio nel modo spiegato più sopra si potrebbero evitare quasi sempre i tristi effetti dell' operazione, e saressimo più fortunati; ma il cattivo esito che ottenevasi d'ordinario quando si dilatava il taglio mediante le forbici, l' imbarazzo, e la difficoltà, che sempre s' incontra a rimettere il coltello nell'istessa ferita e praticare un nuovo taglio nella cornea, dopo del primo; come ancora una certa apparenza d' imperfezione, che allora si dà all'operazione, sono i mo-

tivi, che ci rendono alieni dal praticare il descritto prolungamento del taglio.

Incertezza in cui ci troviamo.

§. 11. Inoltre non abbiamo sempre una misura precisa da cui si possa dedurre, che il taglio sia troppo picciolo, e che la cateratta passar debba a stento; ma anzi ci lusinghiamo, che uscir possa facilmente, ed il taglio al di fuori sembra sempre più ampio di quanto è in fatti; e così fra la speranza, ed il timore arriviamo a condurre l'operazione al suo termine, il più delle volte senza nè danno, nè pericolo dell'infermo; ma qualche volta si finisce lasciando l'iride molto irritata, e tosto si manifesta o iritide o emoragia.

Suscettività relativa alle persone.

§. 12. Devesi por mente alla suscettività delle persone perchè taluni sopportano senza danno molta distensione, ed attrito fra l'iride, ed i lembi della ferita; mentre all'opposto altri soggetti per un picciolo stiramento provano tosto il primo sviluppo dell'iritide.

Come esca se è molle, e come se fosse arido-siliquata.

§. 13. Allorquando troviamo una cateratta molle vediamo uscire tutta la porzione più molle, o anche l'intera cateratta, subitochè si punge la casula, e rimane unicamente a togliersi questa, ma se la cateratta fosse tremula, o arido siliquata; allora gioverà sospendere l'operazione, ed afferrarla mediante o la pinzetta acuta, o la dentata e subito si tirerà fuori tutta intera, perchè suol venire in un sol pezzo.

Pruove della opportunità delle regole stabilite.

§. 14. Riferirò quì due casi d'operazione, i quali serviranno a dimostrare quanto sieno state ben calcolate le dilucidazioni finora esposte nelle quali ho principalmente raccomandato doversi preservare l'iride da qualunque attrito, e contusione nel tempo in cui la cateratta esce per la ferita della cornea, ed ho spiegato che non devesi precipitare l'operazione.

Pressione, che fece strisciare l'iride sul coltello e precipitarsi fuor dell'occhio la cateratta.

§. 15. In una delle città primarie d'italia, io venni chiamato a curare una dama di altissimo legnaggio, la quale aveva le cateratte, e venuto a praticarne l'estrazione il mio solito assistente si aspettava, quando un professore de' più celebri nella chirurgia desideroso di veder quell'operazione, e richiamato da' suoi affari; mi esibì di supplire all'assistente, il fatto si fu, che al momento di compiere il taglio della cornea nell'occhio sinistro avvisai questo nuovo assistente di ritirar le dita, ma nel ritirarle egli le mosse in

cotal guisa ch' esercitò una violenta pressione nell' occhio, e venendo io nel tempo medesimo a compiere il taglio viddi l' iride spinta dalla cateratta contro il dorso del ferro, e la lente cadde precipitosamente fuori tirando con se l' iride già contusa sul dorso del mio coltello, e strofinandola contro i lembi della ferita.

§. 16. Si precipitò fuori dell' occhio a questo modo la lente, ed anche la casula tutta spappolata, e l' iride arrossita e rigonfia si rimase fuori della ferita, in modo che vedevasi un ernia; la dama accusava gravi dolori al contorno dell' orbita, ed io subito previddi la fatale emorragia.

L'iride si rimase fuori de' lembi feriti, e si fece rossa.

§. 17. In tale imbarazzo ho risoluto estrarre prontamente la cateratta destra senza far che il mio dotto, e rispettabile assistente mi contenesse nè occhio, nè palpebre. Intanto un segreto orgasmo avea montato i miei nervi alla più scrupolosa precisione, e forse questa fu la cagione per cui mi riuscì di far colla mano sinistra un ampio taglio di cornea che fu compiuto dolcemente ritenendo aperte da me medesimo ambedue le palpebre, la casula venne lacerata senza urto del cistotomo contro l' iride, la lente uscì quasi da se lentamente, e la molle casula che rimaneva venne tolta col cucchiajo, e la dama giubilante mi annunziò la ricuperata vista.

Miglior pratica eseguita nel destro occhio.

§. 18. Intanto l' iride sinistra s' era fatta rossa e sanguinolenta, in questo lato la fronte era arrossita, le vene gonfiate, il dolore crescente, e non fu posta a letto la dama che incominciò l'emorragia, il singhiozzo, ed il vomito, e l' iride formava un' ernia molto ampia a sinistra, mentre l' occhio destro era in perfetta calma.

Emorragia, e dolori sviluppati al sinistro.

§. 19. Ebbi ricorso alla neve sull'occhio per frenare l'emorragia dell'iride, gli anodini e tutt' i rimedj immaginabili vennero amministrati internamente; ma tutto invano per l'occhio sinistro, che si trovò gonfio, con vasto ipopio, dopo molti giorni di acerbissimi dolori, e tutto cadde in suppurazione, perchè cessata l'emoragia il sangue aggrumato nell' iride fece cadere in suppurazione questa membrana, e tutto l'occhio ne restò occupato, quantunque si trovasse guarito perfettamente il destro, e con ogni felicità.

Emorragia, e suppurazione inevitabile al sinistro.

§. 20. Or chi non capisce, che la compressione fatta involontariamente dal dotto amico ha cagionato lo sfregamento fatale, e la precipitosa uscita della lente? . . . Fenomeni i quali evitati

Ho conosciuto tardi la poca destrezza dell' assistente.

nell' occhio destro non ebbero luogo ma anzi si ottenne il desiderato effetto? Qualcuno penserà che io non avessi dovuto affidare un occhio a mani così pesanti; ma ciò l'ho conosciuto dopo, perchè della buona volontà, e delle cognizioni del mio collega non ho mai potuto dubitare, nè prima, nè dopo, e la poca destrezza l'ho conosciuta solamente a tempo opportuno per salvar l'occhio destro.

Seconda osservazione con picciolo taglio alla cornea.

§. 21. Una seconda osservazione assai luminosa trovasi registrata un anno prima nel mio giornale privato, e fu nell'anno 1811. Nell' estate, io venni richiesto ad estrarre le cateratte da ambedue gli occhi di certa sig. Maddalena Langadanes in Verona d' anni 73. All'occhio sinistro il taglio della cornea mi riuscì alquanto picciolo relativamente alla cateratta, ma nel destro riuscì molto più grande.

Vidi il solco del cistotomo sull' iride.

§. 22. Lacerata la casula sinistra, facendo io pressione sulla sclerotica in basso si presentò la lente sinistra imbrigliata dall' iride, che formava come un ernia attorno alla cateratta, la feci dunque ruotare tirandola a me e la condussi fuori mediante il cistotomo; ma in questo mentre notai, che il tondeggiante fusto dell' istromento fece contusione sull' iride, il quale trovavasi fra esso e la lente la quale usciva (vedi Tav. VI. Fig. 6. a). In quel momento la detta sig.ra accusò un dolore acutissimo nell' occhio, ed in tutto il contorno dell' orbita, e vidi che il fusto del cistotomo avea fatto nell' iride un solco, nel quale subito corse molto sangue, e si presentò una linea rossigna, e gonfia. Veduto il pericolo in cui stava l'occhio sinistro ho sollecitamente estratta la cateratta destra.

Estrazione praticata felicemente al destro.

§. 23. All'occhio destro il taglio era riuscito più ampio, ed ho portato il cistotomo con somma accortezza lacerando la casula, tirando fuori le parti molli della lente, e conducendo a poco a poco il nucleo in fuori senza nè toccare, nè stiracchiar l' iride, e tutto andò benissimo se nonchè all' occhio sinistro cominciò ben tosto l'emorragia dell' iride, indi singhiozzo e vomito e finita l'emorragia si gonfiò enormemente, suppurò l' iride, ed in seguito cadde in suppurazione tutta la cornea, e la signora Langadanes niente soffrì pel destro che ricuperò la vista, mentre dopo mesi di dolori quasi continui restò atrofico l' altro.

§. 24. Da questi due esempi l'oculista raccoglierà quanto importi al buon successo dell' operazione preservare intatta l'iride, ed evitare che venga contusa dal cistotomo, o che nel passaggio della lente venga urtata, o si porti a strisciare fra la cateratta, ed i lembi della cornea ferita, locchè si ottiene quando si conduca fuori dolcemente e con lentezza.

Ora s'intende come venga contusa l'iride.

§. 25. Il nostro maestro Beer raccomandava, che nel momento in cui la lente esce si portasse sopra di essa, o il cucchiajo di Dawiel, o il cistotomo, onde afferrare insieme i briccioli della casula, e tutte le parti molli, e l'ho veduto coll'indicato cucchiajo abbracciare così la parte superiore della casula conficcarla contro il nucleo della lente e portarla fuori insiem con esso; ma in un caso ho veduto, che mentre il cucchiajo andava sulla lente urtò contro l'iride, e vi fece tal contusione per cui quella uscì fuori coperta da una porzione d'uvea staccatasi sotto la contusione; in questo caso quantunque tutti applaudissero all' operazione del nostro maestro; io dissi al cultissimo Dottor Götz di Dantzic; il quale mi era vicino, *amico voi vedrete tristi effetti*, e gli spiegai subito, dopo il perchè; nè tardò l'iritide e la suppurazione che poi distrusse quest' occhio.

Contusione dell'iride fatta dal Beer col cucchiajo di Dawiel.

§. 26. Io sono stato alcun tempo esitando se dovessi cercare di così accompagnare la cateratta nel passaggio se non col cucchiajo, che è pericoloso pel suo volume, almeno col cistotomo, e dopo assidue indagini mi sono determinato a lasciar passare la lente sola; qualunque volta sia già cominciato il passaggio, e si trovi essa ormai libera dall' iride, perchè accelerarne il passaggio in questo momento non è utile, e qualunque istromento si trovi nella ferita non fa che renderlo più lento venendo da esso occupata parte del campo aperto nella cornea, io mi servo adunque del cistotomo per dirigere il passaggio nel suo cominciare, o per respingere, e ruotare la lente, secondo il bisogno, e ne promuovo anche l'uscita mediante qualche pressione alla parte inferiore della sclerotica avvertendo, che se presentasi l'iride; allora trasporto la pressione sulla parte superiore della cornea, indi lascio venir fuori quasi da se la cateratta senza accompagnarla col cistotomo, purchè venga dolcemente, e con tutta lentezza nè porti con se l'iride.

Ho deciso di non accompagnar la lente quando esce spontanea.

Se il taglio è picciolo esce il vitreo, e resta la cateratta.

§. 27. Ho detto però più sopra, che se il taglio non fosse proporzionato al bisogno potrebbe la lente arrovesciarsi, e si vedrebbe uscire il vitreo invece della cateratta, ho veduto in più casi questo fenomeno assai rincrescevole, ed in qualche caso la lente era tutta fusa, come anche la casula era molle, talchè al primo urto del vitreo tutta erasi distaccata, il vitreo ne avea sormontato, e distaccato il margine superiore, e mentre usciva l' arrovesciava in basso, la pupilla trovavasi tutta libera, e la lente era reclinata, come nella reclinazione, in questi casi l' oculista non potrà mai desistere dal primo progetto, che aveasi prefisso, da quello cioè di estraer la lente, perchè quante volte l' ho lasciata sempre è risalita, e sovvente si sviluppò una grave iritide, la cui origine non mi sarebbe stata facile spiegare, ma facilmente s' intenderà da chiunque, che stante l' apertura praticata nella cornea e stante la riproduzione del vitreo, e dell' acqueo, i quali sorgono dal fondo dell'occhio, e la cateratta reclinata a cagione dello sgorgo frequente dell' umor aqueo viene poi rialzata, ed urta contro l' iride e ritorna ad ingombrar la pupilla, ben più facilmente, che ne' casi di depressione in cui viene praticata una ferita angusta, o nella cornea, o nella sclerotica.

Come si debba condur fuori la lente arrovesciata nel vitreo.

§. 28. Bisognerà dunque in questi casi di arrovesciamento del cristallino cercar sempre di rialzarlo, e portarlo fuori, come i dotti maestri Barth, e Beer ci hanno insegnato, anzi essi c' insegnarono di portare subito il cucchiajo dietro alla cateratta, e farla uscire spingendola verso la cornea, io però ho notato nella pratica, che il cucchiajo è troppo voluminoso, ed introduce sovvente dell' aria nell' occhio, talchè mi son servito a preferenza dell' ago uncinato di Beer, che trovasi disegnato, e descritto nel lib. II. pag. 124. Tav. X. Fig. 5. Questo uncinetto riesce anche utilissimo, onde pescare dirò così la lente nel vitreo, come si farebbe con un amo; ma bisogna però vederne almeno un lembo; io mi son trovato confuso in qualche operazione delle prime tentate perchè la lente arrovesciata non era più visibile, e parvemi essersi da per se cambiata l' estrazione in una reclinazione.

Come si presenti di nuovo la lente all' estrazione.

§. 29. In questi casi mi sono avveduto che basta sospendere l' operazione, e chiuder l' occhio, e subito la lente risale, che se

poi volessimo ritrovarla basterà strisciare con un dito sulla sclerotica alla parte inferiore, e si vedrà rialzata presentarsi vicino ai margini della ferita talchè si potrà prendere e tirarla fuori mediante l' uncino. In questi casi per afferrarla, e farla uscire bisogna, quasi sempre passarvi l' uncino di dietro, e spingerla contro la cornea tagliata; ma talvolta mi è riuscito anche di afferrare il margine della cateratta così solidamente, che quella venne condotta fuori dall' uncino senza rompersi, e senza bisogno di spingerla contro la cornea, nel quale movimento vi è sempre a temere, che l' iride possa venir compressa fra la cateratta, e la cornea; ho per altro osservato, che in questi casi mai avea susseguitato iritide, e credo che l' iride non venga compressa perchè nel momento del passaggio l' uncino contribuisce a far che la pupilla dia libero campo alla cateratta, nè mai questa esce rivestita dall' iride, che viene ad esser respinta indietro, e così la cateratta passa con libertà per la pupilla essendo l' iride per la sua struttura molto cedevole, ed aprendosi la pupilla con facilità qualunque volta la cateratta siasi insinuata in essa senza produrre l' ernia, e senza inviluppparla nel passaggio.

CAPO XII.

In cui spiegasi la quarta regola; che riguarda l' estrazione della casula.

§. 1. Se potessimo costantemente eseguire il taglio angolare della casula più sopra descritto, (vedi pag. 62.) e lacerarne il centro, o se trovassimo sempre una casula molle siccome trovasi d' ordinario nelle cateratte albuminose non vi sarebbe necessità di praticare questa regola, e perciò vi sono stati molti oculisti, i quali per poco, che trovassero libera la pupilla, dopo l' estrazione della lente non si curavano di tirar fuori la casula, e l' abilissimo chirurgo il Professore Atti di Bologna trascurava, anch' egli non di rado questa parte dell' operazione avendo notato, com' egli mi disse più fiate, che i piccioli residui della cateratta da per se cadono quasi sempre nella camera anteriore, e si disciolgono e spariscono

Casi in cui non è necessario portar via la casula.

per la forza dell' assorbimento, e temendo d' impiegar le pinzette, le quali ogni qual volta si debbano usare a lungo recano tanta molestia, che una grave infiammazione consecutiva riesce quasi inevitabile.

Professori, che abbandonavano la distruzione della casula alla fortuna.

§. 2. Il sullodato Professore seguitava in questa pratica gl' insegnamenti di La Faye, e di Sabatier ch'erano i maestri veramente illustri del suo tempo, e molti di questa scuola mi dicevano *le meilleur expedient est d' abbandoner les accompagnements à la nature sans faire usage des pincettes qui sont toujours difficiles a manier; et meme dangereuses*. Un oculista, il quale abbandonava così *les accompagnements* percorse più volte l' italia facendo denari, ed operando in molti casi senza buone regole; ma egli non aspettava la guarigione de' suoi infermi, nè poteva offrire una probabilità di riuscita, anzi la massima parte di questi restavano ciechi non curando egli portare a buon termine le sue cure, cosa veramente biasimevole, e quì basterà riferire un fatto cognito a molti miei amici. Il sudetto oculista praticò l' estrazione anteriore nell' occhio destro di un ragguardevole personaggio, il taglio della cornea è stato molto bene eseguito, la casula si distaccò in basso, la lente uscì felicemente, la pupilla rimase libera, e nel momento l' infermo riconobbe molti oggetti, che lo circondavano. Allora l'operatore non si curò d' altro perchè gli accompagnamenti si doveano com' egli diceva abbandonare alla natura, bendati gli occhi pose a letto il suo infermo, e si fece tosto pagare 100 Luigi d' oro, nè per qualunque promessa di altre ricompense volle più trattenersi presso l'infermo passato appena il terzo giorno. Il rispettabile signore venne assistito da valenti, e dotti professori; ma alla fine della cura si trovò cieco perchè *les accompagnements* erano per l'appunto la casula tutta intera, la quale era discesa a riprendere il posto suo, ed occupò l' intera pupilla. Crederà taluno, che trattandosi di una cateratta casulare secondaria, e rimanendo intatto l' altro occhio quel signore si sottomettesse poi ad un novello esperimento d' operazione; ma nò. Egli perdè la fiducia di ricuperare la vista, ed invano si tentò da' parenti, e da molti amici di persuaderlo ad esperimentare i soccorsi d' un professore, che fosse più dotto, o più diligente del primo; che sempre visse nella sua di-

sgraziata caligine rimanendosi così per molti anni senza speranza di guarigione, e perciò infelice.

La casula è discesa ad occupar la pupilla ad un solo occhio.

§. 3. Ho avuto pur io de' casi infelici per la discesa della casula; ma quasi sempre un occhio venne ricuperato, e l' uomo non restò nelle tenebre perchè ho in uso di estrarre le cateratte ad ambedue gli occhi, e riferirò a questo proposito un esempio, il quale dà molto lume.

Esempio in cui la casula restò ad occupare una sola pupilla.

§. 4. Dovendo eseguire l'estrazione delle cateratte a certa sig.ª D. Teresa Avitabile di Napoli praticai ambedue i tagli delle cornee, e subitochè ebbi compiuto quello dell' occhio sinistro si presentò al passaggio la cateratta, ma vidi ritirarsi in alto la casula anteriore, e mentre la cateratta passava quella si nascose dietro l' iride, intanto cadde fuori dell'occhio notabile porzione dell' umor vitreo, e respinse più in alto la casula perchè l' inferma era agitatissima, e l' occhio trovavasi in contrazione. Nel destro ebbi il tempo di ben lacerarla perchè la cateratta non si precipitò sollecitamente fuori dell' occhio e tutto andò bene; anzi tirata fuori la lente vidi uscire a fiocchetti la casula spappolata dal mio cistotomo, mentre io eseguiva delle strofinazioni sulla cornea e ritornando al sinistro occhio, vidi in alto un lembo di casula, che non discendeva, perchè era sostenuta dal corpo vitreo, fattomi dunque per afferrarlo colle pinzette la mia inferma si agitava, e si contraeva mandando fuori nuove porzioni dell'umore suddetto; per la qual cosa io mi rimaneva incerto nell' introdurre le pinzette, e dubitava sempre di pizzicare l' iride nel volere stringer la casula; ecco un momento difficile! Il vitreo minacciava un vuotamento, la casula pareva quasi distrutta, l' iride poteva essere schiacciata; e fra la lusinga, che la casula, perchè sostenuta dal vitreo non potesse danneggiar più la vista, e fra il timore di guastare maggiormente l' occhio, prendendo conforto dalla speranza di aver ricuperato a mal' andare il destro, ho desistito da ulteriori tentativi; ma che!... L' occhio destro fu guarito con piena felicità, ed il sinistro prima de' quaranta giorni mi presentava la pupilla totalmente adombrata dalla casula, che a poco a poco era discesa dall' alto. Ora qual pruova più convincente di questo fatto può mai dimostrare, che se la casula anteriore si rimanga nell' occhio, ancorchè distaccata o squarciata quanto occorre per dar

passaggio alla lente potrà rioccupar la pupilla quando non se ne distrugga almeno la parte superiore, e centrale, i due successi differiscono fra i due occhi totalmente, e la cagione di ciò è stata la determinazione di abbandonare alla sorte la casula, perchè l'uscita del vitreo, le contrazioni, e la vicinanza fra quella ed il margine pupillare dell' iride mi rendeano timido nell' afferrarla. Debbo anche dire, che le quante volte tentai di afferrare la casula nuotante in mezzo al vitreo ho incontrato difficoltà notabilissime perchè l'umore la rende sfuggevole, e la pinzetta non può afferrarla, ma per lo più se ne ritorna vuota.

Come si possa toglier via la casula.

§. 9. Facil cosa è toglier la casula allorchè sia stata opportunamente squarciata, o quando sia stata conservata sana la jaloidea, perchè allora il vitreo si rimane indietro e possiamo farla uscire afferrandone un lembo, anzi più fiate essa vedesi uscire quasi tutta da se, e molte esperienze mi hanno chiaramente dimostrato, che basta alla guarigione farne uscire la parte centrale; quando poi la casula sia molle si vedrà ritornarsene fuori vuota la pinzetta ed allora sarà d'uopo prendere il cucchiajo di Dawiel, istromento opportunissimo a condur fuori la casula molle, la quale però se fosse stata spezzata dal cistotomo potrebbe anche spingersi fuori col mezzo delle semplici strofinazioni eseguite sulla cornea agitando col dito la palpebra superiore. Non di rado in questi casi vedesi qualche grumo di sangue rappreso, e rimasto fra i lembi del taglio della cornea, e prendendone un lembo colle pinzette vediamo uscir con esso tutte le particelle della casula, e la pupilla si rimane libera senza che la pinzetta sia stata portata entro alla camera anteriore.

Nuovo esame della pupilla dopo tirata fuori la lente, e quella parte di casula, che si sarà presentata.

§. 10. Liberata la pupilla nel modo ora descritto si dovrà chiudere dolcemente l' occhio infermo, e calmare il paziente con varj discorsi, e farlo poi anche passeggiare, e finalmente si dovrà condurlo di nuovo vicino alla finestra, e postolo a sedere in una luce mite aperti gli occhi, e fattolo riguardare de' corpi vicini, si osserverà se qualche porzione di casula fosse discesa ad occupare la pupilla, e questa si toglierà via come ho già spiegato più sopra, vedi Tav. IX. Fig. 2. Talvolta in questo momento la pupilla presenta un tenuissimo velo, il quale dipende o da riverbero del fondo dell' occhio perchè manca del suo pigmento, o da qualche

fibra del vitreo, o dalla jaloidea, o dalla casula posteriore ancora intatta, e questo lievissimo ingombramento si dovrà trascurare, quando si sappia per altro che la casula anteriore sia stata squarciata, e tolta a dovere. In qualche caso ho trovato la casula anteriore tenace e fluttuante sul corpo cristallino, ed allora ho potuto afferrarne la parte centrale colle pinzette e tirarla fuori dall'occhio anche prima di far uscire la lente, nel qual caso caduta fuori la lente non rimane altro ingombro della pupilla, ed è finita l'operazione; ma non sempre ci riesce di ciò praticare.

Dubbio se si dovesse strappare, oppure tagliar via la casula quando è tenace.

§. 7. Qualche volta la casula si conserva diafana, ed allora se non venga colpita dal cistotomo prima che esca la lente, terminata l'estrazione non la troviamo più e rimanendosi può facilmente offuscarsi, e turbare la vista, qualche volta per lo contrario la casula si mostra solida, tenace, e fosca in modo che riesce facile afferrarla, e tirarla fuori; ma ne' primi casi osservati mi è venuto il dubbio se convenisse tirarla fuori, oppure tagliarne via grande porzione mediante le forbici, come insegnano molti maestri. Io dubitava che l'occhio potesse vuotarsi o ricever qualche danno dallo stirare la casula, e portarla fuori tirandola colle pinzette, perchè molti maestri, e principalmente *Richter* hanno insegnato doversi tagliare in questi casi la casula mediante le forbice non già strapparla. Ma il taglio richiede l'introduzione delle cesoje che portano grande dilatazione della cornea ferita, per la qual cosa io non ho potuto risolvermi a seguitare il suggerimento citato ed ho veduto, che quantunque la casula fosse molto solida, e tenacemente attaccata ai legamenti cigliari, pur non di meno sempre si distaccava usando io per altro far de' movimenti laterali colla pinzetta, onde liberare a poco a poco la casula, prima da una porzione de' legamenti cigliari, indi dal rimanente, nè in tutta la mia pratica ho notato, che un solo caso di emorragia prodotta dallo stirare una casula molto aderente, la quale condusse seco la coroidea e la retina.

Come si regoli l'oculista quando l'aria sia entrata nell'occhio.

§. 8. In tutto il tempo dell'operazione l'oculista deve con diligenza osservare se l'aria penetri nell'occhio, e subito entrata farla uscire, ma principalmente finita l'operazione dovrà occuparsi di toglier via l'aria. Credevano i nostri maestri, e mi ricordo che fra gli altri il valente professore Sografi, dubitava che l'aria

potesse entrare, e soggiornare nell' occhio in caso di estrazione con tutta facilità, e senza che l'oculista se ne avvedesse; ma al contrario, ogni qual volta l'aria penetra nell' occhio sempre si mostra sotto forma di una bolla (vedi Tav.IX.Fig.4.), e quando poi sia stata tirata fuori appena i lembi della cornea ferita si agglutinano l'aria più non rientra, nè più si presenta.

Momenti in cui l'aria s'introduce.

§. 9. I momenti in cui l'aria s'introduce sono, o quando si compie il taglio della cornea, se si allontanasse il lembo tagliato dal resto dell'occhio, o quando si compie il passaggio della lente se rimanga alzato il lembo, o quando si penetri colle pinzette, e si stiri la casula allontanandola dal centro dell' occhio, in tutti questi momenti essendo ormai vuotato l' acqueo facilmente l'aria s' introduce, e perciò bisognerà sempre evitare per quanto fia possibile di alzare, ed allontanare il suddetto lembo della cornea dalle vicine parti.

Dubbio che l'aria entrata nell'occhio possa recar danno.

§. 10. Io non potrei dimostrare chiaramente; che l'aria sia di grave danno quando rimanga entro l'occhio; ma certo è che se vi rimanesse, la natura dovrebbe innalzare le sue forze, onde portarla via. Si dà qualche caso in cui potrebbe rimaner nell'occhio senza essere manifesta, perchè può nel maneggio dell'operazione ascondersi dietro l' iride, perciò io cerco di farla uscire qualunque volta vi sia entrata innanzi di proceder più oltre coll'operazione affinchè non si mescoli troppo agli umori, e non eserciti qualche dannosa impressione, nè si asconda ne' varj movimenti dell' occhio; trovo notato qualche esempio in cui stante un' estraordinaria irrequietezza dell' infermo ho dovuto lasciarne una bollicina in alto della camera anteriore, nè per questo ha portato verun nocumento; ma altre fiate ho notato, che l'aria si rimaneva e dopo si sviluppò notabile iritide.

Come si potrà condur fuori l'aria.

§. 15. Per fare uscir l'aria basta quasi sempre esercitare una dolce pressione in vicinanza ai margini della ferita, e si vedrà la bollicina correre verso i lembi, ma perchè esca prontamente gioverà andarla ad incontrare o colle pinzette acute chiuse, o col cistotomo e si vedrà correre, ed attaccarsi all'istromento, che con tutta facilità la condurrà fuori. Il cucchiajo di Dawiel è fra tutti l' istromento, che più facilmente può condurre l'aria nell'occhio al momento di maneggiarlo, perchè ne è piena la sua cavità, e perciò dee venire introdotto di costa e si procurerà, che pria di penetrare si trovi ripieno di

umor aqueo che se nò vi porterà l' aria. Questo istromento sebbene utilissimo ne' casi di casula molle deve esser adoprato con sobrietà ed avvedutezza perchè porta facilmente l' aria nell' occhio ed a cagione del suo volume può indurre contusioni nell' iride.

§. 12. Se l' oculista avrà compiuta l' estrazione secondo gli avvertimenti or ora spiegati; e se in tutto il corso di essa non avrà tormentata l' iride, nè avrà fatto entrare dell' aria nell' occhio, oppure l' avrà subito fatta uscire; s' egli avrà sospesa l' operazione, le quante volte una dannosa contrazione avesse minacciato, o di danneggiare l' iride, o di fare uscir fuori gran parte dell' umor vitreo, se nel toglier la casula, egli avrà potuto risparmiare la jaloidea, nè molta parte del corpo vitreo siasi posta entro ai margini della ferita; ed in fine se la cornea si vedrà bene ricomposta vi sarà tutta ragione di pronosticare il più felice esito; purchè l' oculista sia per altro sicuro di avere tirato fuori il corpo della lente, e di avere o squarciata largamente d' alto in basso o distrutta la parte centrale della casula, o di averla tirata fuori.

Se avrà posto in opera le regole già spiegate potrà sperar l' esito felice.

§. 13. Molte osservazioni mi hanno dimostrato con tutta evidenza che potrà rimanere nell' occhio la parte della casula, la quale forma la sua periferia, e che la jaloidea, come anche la casula posteriore non hanno veruna dannosa influenza, se si eccettui qualche caso rarissimo in cui la casula posteriore si trovasse di già ingrossata, ed opaca, ne' quali casi sarà facile toglierla mediante le pinzette; i nostri maestri hanno dubitato perfino, che l' offesa o della jaloidea, o della casula posteriore dar potesse origine ad un lento processo infiammatorio, il quale portasse l' offuscamento di essa, e quindi la cateratta secondaria. A che risponderò aver io molte volte punta col cistotomo, ed anche pizzicata la jaloidea, e straziato l' umor vitreo nel maneggio delle pinzette senza che per questo avesse luogo la cateratta secondaria, ma credo, che stante la confusione con cui praticavasi da molti oculisti l' estrazione della cateratta non avessero quelli potuto conoscere di aver lasciato nell' occhio la casula ancor trasparente e soltanto aperta nel mezzo, oppure distaccata dalla sua periferia inferiormente, e non hanno potuto accorgersi, che la casula si era arrovesciata, e nascosta, o in alto, o ne' due lati dell' iride, e che poi

La periferia della casula può rimanere, nè la jaloidea, nè la casula posteriore si tro. e a offuscata.

discendendo in basso è stata origine di una cateratta secondaria di cui non aveano potuto indovinare la derivazione e perciò hanno supposto doversi questa attribuire all' offesa della jaloidea, o della casula posteriore.

Cure da praticarsi dopo.

§. 14. Allorchè l' occhio sarà stato ricomposto si dovrà aver cura dell' infermo, ed usare ogni diligenza perchè l' estrazione non riesca infruttuosa, come spiegherò più sotto.

TEOREMA I.

Quale sia l' organo che più devesi rispettare nella pratica dell' estrazione.

Le parti offese nella pratica dell' estrazione sono poco sensibili.

§. 1. Se si consideri quali parti vengano recise dall' oculista nel fare l' estrazione anteriore parrà impossibile, che questa possa venir seguitata da infiammazione grave, perchè la lente, e la casula ancorchè maltrattate si portano via, e sono parti dotate di così scarsa vitalità, che possiamo straziarle, o ferirle senza che l' uomo senta molestia, e che ne' casi di depressione vengono straziate e lasciate entro l'occhio senza grave danno, e senza che vadano in suppurazione se non di rado. Se si consideri la cornea, essa non sembra disposta ad infiammarsi perchè anzi non di rado possiamo ferirla, e pungerla senza che insorga grave infiammazione essendo scarsa di vasi sanguigni, e di nervi grossi; e ciò è tanto vero, che quando l'occhio è infiammato, come ne' casi d' ipopio, e di grave oftalmoblennorrea possiamo ferirla per evacuare l'umor acqueo senza eccitare veruna infiammazione; in generale i tagli della cornea quando non fossero molto lunghi si son veduti guarire prontamente ossia che fossero stati praticati per dar vuotamento all' acqueo, o ne' casi di coropeja senza altro eccitare se non una mite e salutare infiammazione adesiva.

L' iride non può soffrire contusioni.

§. 2. Non così può dirsi dell' iride, questo veramente è il solo organo, il quale trovasi in pericolo nel tempo dell' estrazione anteriore perchè, i ferri, e la cateratta debbono urtarlo nell' attraversare la pupilla, e chiunque conosca la sua tessitura ricca al sommo di vasi sanguigni, e di nervi facilmente si persuaderà

essere questo l' organo da rispettarsi , onde non sorga l' infiammazione consecutiva dannosa, e per maggior prova faccio notare , che questa suole avere il carattere di un' iritide.

§. 3. Per tutte queste ragioni , e per causa di molti chiari sperimenti che ho in parte recati ad esempio, (vedi pag.83. ed 84.) e di altri de' quali più fiate avrò campo di ragionare rimane provato, che l'organo da rispettarsi nell'estrazione è l' iride , e questa verità costituisce il fondamento principale su cui aggirasi tutta la soluzione del problema finora esposto.

L' iride è l'organo da rispettarsi.

§. 4. Opporranno per altro i più istruiti nell' ecraxiologia , che si è potuto in molti casi di cateratta ferire , e tagliare impunemente questa membrana, e che ne' casi di ectomia e di dialisi abbiamo usato reciderne grandi pezzi , strapparli fuori , ed anche distaccarla dal margine dentato della coroidea senza dar principio, nè a gravi oftalmie , nè all' iritide. Vedi lib. II. pag. 160.

Opposizioni,che verranno addotte.

§. 5. A queste opposizioni ho già risposto facendo conoscere che l' iride siccome tutte le parti più sensibili può venire tagliata, ed anche distaccata , e ferita impunemente ; ma non soffre di essere o pizzicata , e contusa , o spinta a stroppicciarsi contro i lembi della cornea ferita senza grave pericolo , che ne venga l' infiammazione , ossia l' iritide.

L'iride può venire tagliata, ma non già contusa

§. 6. Io riguardo per l' oculista l' iride , come deve il litotomista riguardar la vescica , la quale non può senza grave pericolo venir contusa , e straziata nell'operazione della pietra ; e questo primo teorema serve di fondamento a tutta l'ecraxiologia, come s' intenderà più chiaramente nel leggere il presente trattato.

L' iride si deve paragonare alla vescica per la sua sensibilità.

TEOREMA II.

Se importi alla guarigione ed alla restituzione della vista , che la cornea possa guarire, come dicono i maestri di chirurgia per prima intenzione.

§. 1. Quantunque nella maggior parte de' casi di operazione sembri indifferente al chirurgo , che la ferita , o si guarisca per prima intenzione, oppure si cicatrizzi in seguito alla suppurazione,

Perchè la ferita della cornea debba guarire di prima intenzione.

non è per altro lo stesso in caso di estrazione anteriore, perchè se la cornea cade in suppurazione l'occhio può ben guarirsi e la ferita potrà venir cicatrizzata, come si dice di seconda intenzione ; ma in questo caso la cornea cambia totalmente di tessitura perchè vi si forma una granulazione da cui derivano le materie marciose, e fra le sue lamelle spandesi del pus il quale ne corrode, e ne cambia l'organismo in cotal guisa che dopo la guarigione una gran parte si rimane, o atrofica, o offuscata e leucomatosa, e così ancorchè la suppurazione non si propagasse alle più interne parti, ancorchè non avesse luogo nè l'iritide, nè il vortice purulento ossia la totale suppurazione della cornea e dell' occhio, la vista rimarrà abolita, e l' occhio si troverà quasi nello stato di atrofia.

CAPO XIII.

Come venga impedita, e come abbia luogo l' esposta guarigione.

Consequenza che deriva dall' esposto più sopra.

§. 1. Dalle riflessioni esposte più sopra sorge adunque la regola, che dovremo con ogni studio procurare la guarigione della cornea per prima intenzione in tutti i casi di estrazione anteriore, altrimenti sarebbe perduto il desiderato sucesso stante la viziatura della cornea prodotta dalla suppurazione.

Circostanze che impediscono tale guarigione.

§. 2. Le cause che recano impedimento sono, o la palpebra inferiore quando si frapponga ai lembi della ferita, o l'iride, che vi formi un' ernia, o la parte più solida del vitreo, che s' insinui fra i lembi suddetti, ed a guisa di un corpo straniero impedisca la riunione di prima intenzione, o i grumi di sangue in caso di emorragia dell' iride, inconvenienti tutti da evitarsi.

In che modo si formi la cicatrice.

§. 3. Non credesse per altro il mio lettore, che tutta la densità della cornea si possa cicatrizzare di prima intenzione, e che passato un giorno, o due si trovi un tessuto di cicatrice solido, come talvolta addiviene dopo le ferite di parti molto vitali, la cornea è quasi direi una cartilagine, e la prima cicatrice viene a formarsi per agglutinazione delle sue lamelle; ma il di fuori, ossia la congiun-

tiva, che appartiene al luogo ferito suole guarire prontamente, e cessa allora lo scolo dell' aquco, essa si agglutina e si forma un tessuto di cicatrice, il quale sebbene debole, serve a mantenere le parti a contatto, purchè l' occhio si tenga chiuso fintantochè infiammansi le laminette della cornea, e vengano a costituire un solido tessuto di cicatrice, il quale tutte le riunisca siccome è necessario. Si formano adunque nella guarigione felice, due cicatrici descritte nel II. lib. pag. 168, una la chiamo *cicatrice di agglutinazione*, e l'altra *cicatrice di tessuto*, la prima formasi in due o tre giorni, e la seconda richiede 16. o 18 giorni.

§. 4. I due esposti teoremi, e queste notizie formano la base di tutta la nostra pratica nell' eseguire l' estrazione anteriore della cateratta. Conseguenze dedotte.

CAPO XIV.

Della cura consecutiva all'estrazione anteriore ne' casi semplici.

§. 1. Quel tanto che ho spiegato nel capo XV. del libro II. pag. 163 e seguenti, vale a questo luogo, fuorchè devesi considerare che dopo l' estrazione anteriore della cateratta l' occhio trovasi in una condizione alquanto differente, essendo più lunga la ferita della cornea, e perciò si richiede maggiore scrupolosità nell' esercizio di quelle cure che ho raccomandato per l' ectomia finchè l'occhio non sia guarito. Perchè si richiede maggior cura.

§. 2. La principale differenza deriva dalla maggior dimensione del taglio praticato nella cornea, il quale è ne' casi di estrazione anteriore quasi il doppio più lungo, che ne' casi di ectomia, e ne' casi di prolasso del vitreo, e di palpebra inferiore rigida l' occhio trovasi in pericolo di suppurare, come se fra i lembi della ferita si fosse insinuato un corpo straniero. Maggior lunghezza del taglio.

§. 3. La maggior lunghezza del taglio richiede più quiete da parte dell' infermo innanzi, che sia formata la cicatrice di agglutinazione, e più giorni perchè si formi la cicatrice di tessuto; per la qual cosa sarà necessario raccomandare all' infermo una scrupolosa osservanza delle nostre regole, ed invece di aprire Rigore necessario, e libertà che si potrà accordare all' infermo.

l' occhio dopo 16 giorni si dovrà lasciarne decorrere 18 ed anche 20 dal giorno dell' operazione. Debbo però avvertire, che anche nel primo giorno io non esercito quel rigore a cui molti buoni professori stanno attaccati, i quali proibiscono perfino all'infermo di mettersi sul fianco, di prender tabacco, ed altre cose quasi indispensabili per taluni. L'eccessivo rigore fa che l'infermo prestamente si stanchi della posizione prescrittagli, e poi si agiti divenendo irrequieto, o almeno cerchi sollievo mettendo in contrazione molti muscoli del suo corpo con danno dell'occhio, e per questo io non proibisco mai assolutamente, che se si stancasse di star supino, egli possa volgersi su l'uno, o su l'altro fianco dolcemente, e se trattasi di operazione ad un sol occhio gli permetto di coricarsi su quel fianco nel quale sia l' occhio intatto.

Altre indulgenze, che si possono accordare.

§. 4. Ugualmente uso indulgenza non privando del tabacco da naso coloro, i quali perchè abituati non potranno sternutare e soffrirebbero molto a privarsene, dicasi lo stesso per tutti coloro, che sono abituati a fumare, questi potranno anche fumare purchè usino qualche precauzione per non veder la luce, nè far penetrare il fumo per la via de' punti lagrimali entro le palpebre.

L'ernia si forma facilmente, ma non è così dannosa.

§. 5. Chiunque osserva un' occhio tagliato per estraerne la cateratta e lo confronti con quello, che ha subìto l' ectomia vede ad ogn' istante agitarsi più notabilmente nel primo il margine della cornea ferita per le contrazioni dell'occhio; locchè dipende dalla maggior lunghezza della ferita, e di fatti ne' casi di estrazione facilmente l' iride s' insinua fra i lembi della ferita, oppure si forma l'ernia molto più sovvente, che ne' casi di ectomia. È però vero, che l'ernia dell'iride non arreca grave danno perchè l' iride insinuandosi fra le lamine della cornea tagliata vi si agglutina, e forma tessuto di cicatrice con essa, nè produce l'effetto di un corpo straniero; ma non così è allorquando la palpebra inferiore s' intrometta nella ferita, o quando vi sia caduto un gran fiocco del corpo vitreo, e questo abbia cominciato a suppurare, può esso dar principio ad una fatale suppurazione di tutto l' occhio.

Come la suppurazione del vitreo si propaghi talora alle interne parti.

§. 6. Nella maggior parte de' casi però la forza di coesione della cornea ferita supera la resistenza del corpo vitreo, ed i lembi si agglutinano benissimo separandosi la parte esteriore del

fiocco vitreo, la quale non di rado cade in gangrena e si distacca dopo qualche giorno; ma se l'uomo ha poca energia vitale, se l'umor vitreo fosse molto tenace, o facile ad alterarsi; allora la mortificazione potrebbe dall' esterno communicarsi alle parti più profonde dell' occhio, siccome talvolta ho osservato in persone scorbutiche, e deboli. In questi casi essendo stata rotta la jaloidea, e trovandosi il vitreo fra i lembi della ferita si è propagata la mortificazione lungo il detto umore, e tutto l' occhio cadde in suppurazione, ed in questi casi, che per buona sorte sono rarissimi, l' oculista si trova ingannato perchè l'infermo non accusa verun dolore, e dopo otto giorni suol trovarsi l'occhio in suppurazione, e poi cade in atrofia.

Come si possa evitare la suppurazione descritta.

§. 7. Ad evitare questo fatale avvenimento giova in primo luogo che nell' eseguire l' estrazione anteriore si conservi la jaloidea, perchè allora viene sempre contenuto il vitreo dietro l' iride, nè ha luogo il prolasso, e quando il detto umore cadesse fuori ho tentato qualche volta di reciderlo; ma ho notato, che sovente la recisione è inutile perchè poi cade fuori un' altra parte di vitreo, e non si può continuar sempre a recidere senza pericolo di vuotamento, d' altronde se l' umor vitreo caduto fuori non sarà propriamente quello, che ne forma il tessuto centrale la sua parte fluida facilmente si separerà, e le cellette più esteriori si vuoteranno, e cadranno fuori dell' occhio senza conservare una continuità col rimanente di detto umore, perchè vengono separate dall' azione de' lembi della cornea che si chiudono, quando formasi la prima cicatrice ch' io chiamo di agglutinazione.

Come debbasi trattare il vitreo che esce fuori dalla ferita.

§. 8. Io dunque sono solito in caso di prolasso ricomporre l'occhio dopo finita l' operazione, e vedere se il vitreo esterno si distacchi. In caso contrario, se il fiocco esteriore è tenuissimo lo lascio stare, ma se è molto grosso e tenace, lo recido mediante le forbici, e pratico anche più d' una recisione, se mai detto umore esca e mi presenti qualche nuovo fiocchetto, indi chiudo le palpebre col solito drappo gommoso.

Come si debba tirar la palpebra e far elevare l'occhio.

§. 9. La regola d' obbligare l' infermo a volgere l' occhio in alto, e di tenere stirata alquanto la palpebra inferiore (Vedi lib. II. pag. 164. §. 5.) finchè le labbra della ferita sieno ben ricomposte è utilissima in questi casi di prolasso del vitreo non sola-

mente per fare, che si distacchi la parte esteriore o che si vuoti e divenga tenuissima; ma altresì per impedire, che la palpebra inferiore possa insinuarsi fra i lembi della ferita.

Ricomposto l'occhio si terrà chiuso per 18: o 20: giorni.

§. 10. Ricompostasi adunque la cornea a norma delle circostanze sarà utile seguitare in tutto il resto quel tanto che ho detto doversi praticare dopo l'ectomia nel capo XV. lib. II. più sopra citato, e solamente si lascierà chiuso l'occhio per diciotto, ed anche 20 giorni.

Pruove, che mi hanno convinto di ciò.

§. 11. Dopo l'estrazione della cateratta è così importante, che l'infermo stia in quiete, e nell'oscurità per 18 giorni almeno, e che ne' primi cinque giorni, egli stia in letto, che non saprei abbastanza raccomandarlo. Io me ne sono convinto per varie pruove assai chiare, e principalmente, ciò che mi persuase si fu una osservazione fatta l'anno 1812 nella città di Ferrara.

Osservazioni fatte l'anno 1812 in Ferrara.

§. 12. Ebbi allora occasione di estrarre le cateratte a varie religiose ne' monasteri di quella città, e notai che tutte si erano guarite felicemente, notai pure, che taluni giovani robusti, e di buona costituzione non si poterono guarire con eguale felicità quantunque avessi impiegato le medicine interne le più addattate, ed avessi anche prescritto emissioni di sangue, e generali e locali. Questa osservazione mi richiamò alla mente la somma rassegnazione con cui quelle buone religiose aveano sopportate le operazioni, e la quiete in cui si son tenute essendo bene assistite, e standosi alle mie prescrizioni colla massima scrupolosità, io avea notato altresì la naturale vivacità de' giovani e robusti soggetti, i quali o sotto l'operazione, o peggio ancora dopo furono irrequieti, e sregolati; per la qual cosa ho conchiuso esser della massima necessità custodire gl' infermi e rendergli docili nell'atto dell'operazione, e dopo, più assai che il medicarli, ed a misura che mi sono perfezionato nell'arte di renderli obbedienti, e di fargli ben custodire ho lasciato le medicine, e tutti i mezzi di controstimolo. Stabilite queste massime senza farla da medico ottengo più felici risultamenti, che quando corredato di teorie e di farmaci copiosi io sperava debilitare, e quietare l'organismo in tal guisa da prevenire, e troncare, o almeno moderare le gravissime infiammazioni. Quelle gravissime oftalmie traumatiche non si mostrano quasi mai al presente, e se qualche

volta debbono disturbare la felice guarigione io posso pronosticarle perchè dipendono da qualche imperfezione nell' esercizio delle manovre, o da irrequietezza degl' infermi, o da cattiva custodia.

§. 13. Quando finita l'operazione io son rimasto soddisfatto, ed ho potuto asserire, che vi era tutta ragione di sperar bene, il buon sucesso in questi casi non mi è mai venuto meno. Ometto ora di esporre i sintomi dell' oftalmia mite, e della grave consecutiva perchè sono gli stessi che ho esposto nel libro II. capo XVI. come ancora le avvertenze da tenersi sono le medesime ivi spiegate pag. 168 e seg.

Perchè non si descriva l' oftalmia mite, e grave.

§. 14. Riguardo al capo XVII. debbo ripetere quanto ho accennato più sopra che in caso di estrazione l' ernia dell' iride è più frequente ad incontrarsi che non lo sia ne' casi di ectomia a cagione del più lungo taglio, che apporta una maggiore facilità a scomporsi ne' margini della ferita, principalmente se l'uomo fosse irrequieto; ho studiato quali potessero essere le cause prossime dell'ernia, onde evitarla per quanto è possibile, ed ho conosciuto, che la migliore precauzione è la quiete del malato; poichè sempre l' ernia deriva da' movimenti proibiti all' infermo dopo l' operazione, come sarebbe aprir l' occhio, agitarsi con vivacità, spremer le fecce, gridare ad alta voce, masticar cose dure, o mettersi a riguardare de' corpi. Vi sono molti i quali ad onta del drappo gommoso si sforzano di guardare gli oggetti da cui son circondati, e tutto ciò devesi proibire, o impedire mediante l' oscurità in cui si terrà l' infermo.

Facile formazione d'ernia dell' iride.

§. 15. Riguardo alla cura delle residue oftalmie, e del flusso palpebrale, sarà sempre buona regola curare tali infermità prima dell' operazione, perchè questa non è tanto innocua siccome l' ectomia stante il lungo taglio della cornea, e più aumentasi il pericolo per la facilità con cui esce qualche fiocco del corpo vitreo, dopo aver tolta via lente e casula. Abbiamo però spiegato una condizione particolare in cui l' estrazione della cateratta venne felicemente eseguita onde calmare l' iritide, e non mancano nel mio giornale molti esempj di flusso palpebrale lasciato senza cura prima dell'operazione; ma allorchè l'uomo fosse scorbutico e gracile, o quando il flusso palpebrale fosse molto inoltrato, ed accompagnato da molto vizio della congiuntiva sarà una lodevole precauzione quella di curarlo

Oftalmie da curarsi prima dell' operazione.

prima di venire all' operazione, perchè gl' uomini scorbutici, e gracili sogliono avere la cornea molto sottile, e quindi la forza agglutinante ne' margini della ferita è per tale circostanza assai debole, inoltre le copiose materie separate dalle ghiandole di meibomio rimanendosi chiuse fra le palpebre possono con facilità degenerare, e dar fomite ad una grave suppurazione particolarmente in que' casi in cui avesse luogo il prolasso del vitreo, perchè alterati i fiocchi che sono fuori, se la ferita non sia fortemente agglutinata, può con facilità propagarsi la suppurazione alle parti interne dell' occhio lungo le cellule dell' umor vitreo.

CAPO XV.

Indice de' casi più complicati e pericolosi consecutivi all' estrazione.

I casi più complicati che si presentano dopo l' estrazione si possono ridurre ai seguenti.

Iride contusa. I. Allorchè l' iride sia stata gravemente contusa, ed abbia luogo la fatale emoragia dell' iride.

Disposizione all' iritide. II. Quando l' iride non è stata molto contusa, ma per estraordinaria sensibilità, o mala idiosincrasia del soggetto sorge l' iritide grave.

Iritide mite che porta sinizesi. III. Allorchè sorge iritide mite, la quale potrebbe cagionare cateratta secondaria, e sinizesi.

Ernia dell'iride che porta vizio della pupilla. IV. Allorchè i movimenti dell'uomo dopo l' operazione, oppure i tentativi di riguardare intorno a se, abbiano cagionato ernia dell'iride, e quindi possano produrre eccentricità, ed occlusione della pupilla.

Suppurazione del vitreo. V. Allorchè l' umor vitreo rimasto fuori dell' occhio con qualche sua porzione sia suppurato, e minacci propagare la suppurazione a tutto il rimanente di detto organo.

Palpebra inferiore nella ferita della cornea. VI. Allorchè la cornea non sia stata ricomposta bene, e la palpebra inferiore insinuatasi fra i lembi della ferita, ne abbia impedita la riunione, e porti la suppurazione.

VII. Allorchè i residui della casula, o essa medesima rimasta tutta intera dentro l'occhio abbiano determinato la formazione della cateratta secondaria. Resti di casula che danno cateratta secondaria.

CAPO XVI.

Intorno all' emorragia grave dell' iride rare fiate osservata.

§. 1. Il caso in cui l' iride venga molto contusa, e distesa devesi evitare come ho spiegato più sopra, poichè se incomincia l'emorragia, e se vengono in seguito i singhiozzi, il vomito, e la tosse forte non siamo più a tempo di salvare l'occhio, e la suppurazione e dolori gravissimi, o gonfiamento enorme dell' occhio sono conseguenze inevitabili. Conseguenze gravi delle contusioni d' iride.

§. 2. Ho tentato tutt' i mezzi curativi i più decisivi, ed i più arditi, ma dopo incominciata l'emorragia son riusciti inutili, e ciò, che mi riuscì meno male in questi tristissimi casi è stata la risoluzione di aprire la palpebre, e tagliare via i grumi di sangue, e l'iride erniosa, ed anche se ciò non bastasse recidere la cornea, che forma come un lembo rialzato, e portar via con buoni colpi di forbice tutto ciò che si presentasse sopra il livello de' lembi della ferita. Qualche volta la contrazione violenta in cui si trovava l' occhio mi ha portato fuori tutto il vitreo, e con esso la retina, e la coroidea; tagliate via queste parti l'emorragia cessò prontamente, e l'irritazione si calmò sotto qualche applicazione di neve talchè l' uomo soffrì per momenti, e non già per settimane, o mesi, come accade quando non si recidano le parti protuberanti. Mezzi curativi.

§. 3. Per buona sorte sono però decorsi molti anni dacchè questo tristo caso non mi è avvenuto, ed in tutta la mia pratica non conto che 6 casi di emoragia registrati nel mio giornale, quattro de' quali furono osservati allorquando l'estrazione si eseguiva da me con regole incerte, e mal determinate, e due in questi ultimi quattordici anni, ma avendo reciso tutto ciò, che presentavasi, sopra il livello della cornea si ottenne la calma, e l'occhio restò in atrofia, senza che avesse luogo grave infiammazione. Soli 6 casi osservati in tutta la mia pratica.

CAPO XVII.

Quando sorga iritide mite, che potrebbe divenir cronica o produrre sinizesi lenta.

Uomini, che sopportano più o meno le contusioni dell'iride.

§. 1. In generale non sorge l'iritide qualunque volta il taglio della cornea sia stato di giusta misura, e la lente sia uscita fuori con facilità, nè vi sia stato bisogno di molto agitare le pinzette per toglier la casula; ma a questi urti vi sono uomini, che resistono più, ed altri meno in guisa che talvolta vi sarà stato dello stento nel dar passaggio alla lente, eppure non sorgerà iritide, altre volte l'operazione ci sarà sembrata esser riuscita con poco tormento dell'iride, eppure l'iritide si sarà sviluppata.

Applicazione delle sanguisughe in molti casi.

§. 2. Per questa ragione è mio costume ordinare, che in termine di due ore dall'operazione venga applicata una mignatta nel consueto modo, qualunque volta io mi sia avveduto, che la contusione dell'iride non sia stata perfettamente evitata; ma quando il taglio sia riuscito di giusta misura, e la lente, e la casula sieno uscite senza tormento dell'iride, allora io non faccio, che ordinare all'infermiere di starsi attento singolarmente la notte, e quando sorgessero dolori di qualche durata ed estesi sull'orbita, o nel contorno dell'occhio subito faccio applicare una mignatta, come ho spiegato (lib. II. cap. XVI.). Qualunque volta l'emissione del sangue porti alleviamento ai dolori per molte ore, o per un giorno, o due, io spero bene, e subitochè il dolor cupo, e costante si rinnovi, o nell'occhio, o nel suo contorno faccio applicar nuovamente la solita mignatta, e così rinnovandone talvolta due, talvolta tre e quattro, e fino a 10 e dodici ho veduto superarsi felicemente l'iritide, e guarire l'infermo.

Amministrazione de' purganti.

§. 3. Non rare fiate sotto il tormento de' dolori la digestione si altera, e si ritarda, l'infermo accusa stitichezza, e bocca amara fenomeni che sovvente dipendono anche dallo stare in letto, e qualunque volta vi sieno i segni dell'indicato gastricismo, e non di rado anche per prevenirlo, amministro qualche leggiera purga

prescrivendo il cremore di tartaro, o la magnesia, ed anche il sale inglese, o il calomelano secondo i temperamenti, e le abitudini degl' infermi.

§. 4. Con questi mezzi semplicissimi se l' infiammazione non sarà grave, e se il tormento dell' iride non sarà stato eccessivo si vedrà troncata l'iritide, e decorsi dieciotto giorni l' occhio si troverà in buono stato, e tanto se l' iride non sia stata molto offesa, quanto se l' iritide sarà mite, purchè il soccorso sia pronto, e ripetuto per quante volte bisogna, fino alla perfetta cessazione de' dolori si vedrà allontanarsi il pericolo della sinizesi, e della cateratta secondaria, e si avrà la calma desiderata in tempo di notte. Può così ristabilirsi l' occhio.

§. 5. Qualche volta appena insorta l' iritide, che per lo più suol presentarsi nella notte consecutiva all' operazione, e che talvolta incomincia dopo l' agglutinazione della ferita, cioè cessato lo scolo dell' acqueo, si è applicata la mignatta con buona fortuna, ed i dolori essendo calmati l' assistente non si è curato di altro, ma dopo due, o anche tre, e quattro giorni ricominciava nella notte il dolore, e si era trascurata la mignatta tanto più che nel corso del giorno l' uomo trovavasi in calma, in questi casi avendola applicata nuovamente, e replicatone l' uso per due o tre notti consecutive si ottenne la perfetta cessazione de' dolori, e la felice guarigione. Ritorno de' dolori e nuove applicazioni di mignatte.

§. 6. Qualunque volta però i dolori aumentassero ad onta della mignatta, e delle purghè, e qualunque volta sorgessero dopo quattro, sei, ed anche otto giorni, e fossero gravi, nè potessero alleviarsi mediante l' applicazione della mignatta sarà evidente indizio che l' iritide sarà di natura grave, ed insuperabile, e che porterà quindi lo sviluppo dell'ipopio, sviluppato il quale, e cominciatasi la suppurazione, o dell' iride, o del corpo vitreo qualunque soccorso dell' arte riuscirà infruttuoso. Indizii dell' iritide grave.

§. 7. I medesimi ostinati dolori sorgono, quando il vitreo, che stà fuori dell' occhio si marcisce, e minaccia propagare alle interne parti la suppurazione principalmente ne' casi in cui il flusso palpebrale sia stato negletto, ed in questi casi bisognerà far eccezione alla regola generale di mantenere chiuse le palpebre per 18 giorni consecutivi, anzi al primo comparire de' dolori, Dolori che sorgono tardi, e necessità di aprir le palpebre.

decorsi appena due o tre giorni dall'operazione si dovrà non solamente applicare la mignatta, ma anche lavare le palpebre al di fuori, ed aprirle per qualche mezzora, onde i materiali raccoltisi abbiano scolo.

Recisione del vitreo da farsi anche dopo un giorno, o due.

§. 8. Se la cornea non sia stata benissimo ricomposta sarà lecito dopo un giorno, o al più due nuovamente aprire le palpebre, e recidere quel fiocco di vitreo che si trovasse in mezzo ai lembi della ferita, e poi si obbligherà l'infermo a voltare in alto l'occhio tenendo depressa la palpebra inferiore, e si taglierà via qualche altro fiocco del vitreo, che potesse restare fuori de' lembi suddetti, e da ultimo ricomposto bene l'occhio, si chiuderanno le palpebre nel modo consueto.

Altri rimedj sperimentati inutili.

§. 9. Qualunque volta questi mezzi semplicissimi non riescano a portare la calma, ed a far cessare i dolori in poche ore, tutti gli altri rimedj conosciuti riusciranno inutili, come ho sperimentato.

Rimedii usati dal Prof. Beer ed osservazione de' suoi pratici.

§. 10. Io mi ricordo, che il valente maestro Beer ricorreva ai sinapismi, ai vessicanti larghissimi, e prescriveva internamente calomelano ed altri purganti, e varie cure le meglio indicate; ma tutti i suoi pratici mi assicuravano non aver quasi mai veduto una guarigione ottenuta con questi mezzi, ed erano soliti dire, che allorquando una volta si fosse stabilita la suppurazione nell'occhio aveano sempre notato, che tutte le cure immaginabili erano rimaste infruttuose, e che la distruzione dell'organo immancabilmente avea luogo dopo una lunga, e gravissima infiammazione.

Utilità ottenuta soltanto dalle mignatte.

§. 11. Lo stesso hanno sperimentato molti de' suoi allievi, ed io medesimo ne' casi infelici, ma unicamente le diligenze prescritte, e l'applicazione delle mignatte mi hanno portata l'utilità di vedere in breve termine cessata la grave infiammazione dell'occhio, quando fosse stata curabile.

Cure da usarsi in caso di suppurazione.

§. 12. La medesima rovina dell'occhio si osserva, e la grave infiammazione sviluppasi quando i lembi della ferita si riuniscano per seconda intenzione, ossia quando la suppurazione venga eccitata, o dall'umor vitreo, o dalla palpebra penetrata fra i lembi della ferita; in questi casi non resta altro a fare che procurare di moderare la violenta infiammazione col mezzo delle mignatte più fiate applicate, e mantenere facile la digestione col soccorso de'

purganti moderati, e frequenti, usiamo anche amministrare l' estratto di josciamo per assopire i dolori, allorchè insorgano al contorno dell' orbita.

§. 13. Ecco ciò che riguarda le consecutive cure ne' casi più complicati, e pericolosi, ma mi rimane a descrivere ancora le cure che bisognano ne' casi di ernia dell' iride, e ne' casi di cateratta secondaria, locchè spiegherò in due capi separati. Ernie, e cateratte secondarie da curarsi.

CAPO XVIII.

In cui trattasi dell' ernia dell' iride consecutiva all' estrazione anteriore della cateratta.

§. 1. Uno de' rimproveri, che si fanno a' seguaci dell' addottato metodo è, che si mettono al pericolo di veder sorgere non solamente la deformità della pupilla, ma altresì l' ernia dell' iride. Pericolo dell' ernia in caso di estrazione.

§. 2. Pur troppo ne' primi anni della mia pratica quest' ernia fu per me cagione di gravissimo imbarazzo, e di grandi afflizioni; poichè non avendo a quell' epoca l' ardire di tagliarla via, usava chiudere le palpebre, e metter di nuovo a letto l' infermo, e tenervelo per qualche settimana, applicava medicine astringenti, e perfino la pietra infernale; ma sempre l' ernia persisteva più, o meno ampia, ed ostinata per due, fino a quattro mesi, e qualche volta dopo essermi trattenuto in una città vicino all' infermo per quattro mesi e più, ebbi il rincrescimento di vedere, che mentre l' ernia s' impiccioliva la pupilla si faceva bassa, e ristretta, e l' iride irritata o dalla pietra, o dall' urto delle palpebre versava della linfa concrescibile entro il lume della residua pupilla, la quale vincolava il margine pupillare, e lo legava colla cicatrice, e così al finire della cura trovavasi cecità o totale, o quasi totale ed eravi o sinizesi complicata con sinechia e cateratta secondaria, o ceratoscotesi complicata. Inconvenienti da me sperimentati.

§. 3. Ho dunque studiato quanto mi era possibile onde riconoscere, ed evitare le cause dell' ernia dell' iride, e non ho potuto a Cause delle ernie, e loro effetti.

meno, che riguardare questo difetto, come uno de' principali inconvenienti da calcolarsi nella pratica dell' estrazione anteriore, ed ho conosciuto chiaramente, che se l' uomo stà in quiete, e nelle tenebre, e se ci riesce di conservare intatta la jaloidea, oppure se venga tagliata via la falda inferiore dell' iride nell' atto di compiere il taglio della cornea allora non si vedrà sorgere l' ernia dell' iride.

Recisione sperimentata utile.

§. 4. Dopo l'anno 1816. ho per altro eseguita la recisione dell'ernia suddetta, in un modo consimile a quello descritto nel II. lib. Annot. IX pag. 301 ed ebbi il piacere di vedere che la recisione prontamente riusciva a curarla mantenendosi aperta, e libera la pupilla, ne' casi di ernia voluminosa, ed impiegai le forbici a becco di grue. Ne' casi però di picciola ernia avendo notato, che queste picciole elevazioni al di sopra del livello della cornea, o della sclerotica sono cagione, che l' occhio rimanga a lungo irritato, mi son determinato a toglierle via trapassandole mediante la punta di un coltello da cateratta; e se l' ernia rinnovasi dopo il primo taglio passati 3 o 4 giorni replico la stessa recisione.

Sollecita guarigione ottenuta.

§. 5. In tutti questi casi avendo ottenuto felice sucesso dalla recisione delle ernie ho dunque scancellato dalla serie de' difetti, che si possono attribuire al metodo anteriore di estrazione quello che riguarda l' ernia dell' iride, perchè si può ora ottenere sollecitamente la guarigione, e non porta altre conseguenze fuorchè la discesa della pupilla, la quale non è poi un difetto di molta importanza siccome ho spiegato pag. 72. e 73.

Si chiudano le palpebre dopo la recisione dell' ernia.

§. 6. Dopo avere praticata la recisione dell' ernia dell'iride, ciò che molto facilita la guarigione si è l' avvertenza di chiudere le palpebre all' infermo per due, tre, o al più quattro giorni, come dopo l'estrazione; spirata la qual epoca sarà probabile, che si trovi l' occhio guarito a perfezione.

CAPO XIX.

In cui vengono esposte le difficoltà, che insorgono nell'atto dell' operazione, e si danno spiegazioni ulteriori riguardo alla maniera di porvi riparo.

§. 1. Non di rado l'oculista procura eseguire puntualmente le regole esposte nel problema I. ma sorgono difficoltà inaspettate; se per esempio il paziente nasconderà la cornea, tirandola ostinatamente verso il canto interno dell'orbita, ciò formerà una difficoltà molto considerabile, e peggio andrà la cosa se l' occhio rifugga verso il canto interno nell' atto in cui il coltello eseguisce la punzione, allora quasi sempre addiviene, che la ferita riesce troppo corta, e bisogna passare l' ago col filo per la congiuntiva.

Difficoltà, che si presentano nell' atto di tagliar la cornea.

§. 2. Allorquando siamo per dar compimento al taglio notasi spesso, che l' occhio si mette in contrazione, e l' iride presentasi sotto al coltello, e pare che la cateratta voglia precipitarsi fuori dell' occhio, in questi casi è necessario sospendere il taglio, ed aspettare, che sia cessata la contrazione. Io sono solito badare scrupolosamente onde il compimento del taglio si esegua allorchè l' occhio è in calma, e prima di terminarlo avviso l' assistente, che lasci discendere dolcemente la palpebra superiore, anzi tutti i buoni osservatori sono stati sorpresi notando, che quasi sempre io dò compimento al taglio sotto le palpebre, e non faccio mai eseguire un' apertura violenta di esse.

Come si debba evitare di compiere il taglio, quando l' occhio è in contrazione.

§. 3. Se la lente rimane al suo posto dopo il taglio della cornea, e se questo sia di giusta misura attendo a squarciare la casula in alto formandovi o un taglio semilunare o due tagli curvilinei ad angolo, e subito dopo mi occupo di distruggere il centro della casula, ma le contrazioni dell' occhio son quelle, che non lasciano il tempo di ciò praticare, e procuro evitarle non facendo nè forti pressioni attorno l'orbita, nè facendo aprire molto le palpebre. In questo secondo tempo dell'operazione faccio elevare il meno possibile la palpebra superiore, anzi per lo più

Come si debba squarciare la casula senza che l'occhio si metta in contrazione.

la tengo sospesa col dito indice della mia mano, che non porta stromenti, onde esser pronto ad abbandonarla subitochè ricomincia la contrazione del globo dell' occhio.

Cateratta dura inviluppata con pericolo di contusione all' iride.

§. 4. Quando la cateratta sia voluminosa, e dura, nel passaggio porta essa quasi sempre fuori dell' occhio gran parte dell' iride e minaccia la fatal contusione, e strofinio. Se il taglio della cornea fosse picciolo, e la cateratta grande, si vedrà presentarsi invece della cateratta una vasta ernia dell' iride, e qualunque volta la lente se ne liberasse con difficoltà, e l' ernia presentasse un diametro maggior di due linee, vi sarà molto a temere per l' iride.

Come occorra prolungare il taglio della cornea.

§. 5. In questi casi gioverà sospender l' operazione, ed occuparsi di allungare il taglio della cornea nel modo spiegato più sopra; io credo, che il migliore stromento sia un coltello da cateratta, che si porta dentro la ferita, e che attraversa la parte della cornea immediatamente superiore al confine del taglio. Vedi Tav. VI. Fig. 1.

Come si accompagnerà fuori la cateratta.

§. 6. Se la cateratta non si libera dall' iride appena compiuto il taglio, allora è d' uopo introdurre il cistotomo, e spezzarla se è molle, rialzarla se è solida, fintantochè il suo lembo inferiore superi il margine pupillare, e dopo abbandonandola da se sola uscirà per la contrazione dell' occhio.

Difficoltà, che sorge quando la casula non sia stata bene squarciata.

§. 7. Sorge una considerabile difficoltà quando la casula non sia stata squarciata bene nel secondo tempo, perchè venendo al quarto momento dell' estrazione si trova o l' intera casula, o i suoi due lembi squarciati che respinti dalla lente nel passaggio si nascondono dietro l'iride, e ciò reca molta difficoltà a dar compimento all' estrazione, aggiungasi, che le contrazioni minacciano il prolasso del vitreo, e che le pinzette, ed anche l' uncino possono con tutta facilità lacerare la jaloidea, cosa da evitarsi, siccome ho spiegato perchè rotta quella membrana ha luogo il prolasso del vitreo.

Nel toglier la casula non si tenga molto aperto l'occhio, nè molto compresse le palpebre.

§. 8. Bisognerà dunque eseguire la quarta regola senza tener molto aperto l' occhio, e senza far contusione alla palpebra superiore sospendendo l' operazione ad ogni minaccia di contrazione oculare. Con tali avvertenze si potrà sperare di toglier via bastante casula senza rottura di jaloidea, nè prolasso di vitreo, se però an-

che ciò accadesse , non dovremo mai disperare della guarigione ; principalmente quando il vitreo sia uscito senza impeto.

§. 9 Questi sono inconvenienti molto communi ad osservarsi , ma notiamo inoltre non di rado l' ifemia determinata dal taglio della congiuntiva di cui ho parlato , ed ho già spiegato , come si dovrà toglierla subito compiuto il taglio della cornea. Altre volte vediamo , che la lente non esce perchè il taglio della cornea è un pò corto, bisogna dunque esercitar qualche pressione sulla vicina sclerotica , o sulla cornea stessa , la quale da' nostri maestri facevasi senza limiti , e senza calcolo ; in oggi non insisteremo nella pressione , ma se la lente si presentasse inviluppata dall' iride , si allungherà il taglio della cornea, come ho spiegato (pag. 81.), oppure basterà premer col dito la cornea in alto, e si vedrà il cristallino che mosso dal nostro dito supererà il margine pupillare inferiore dell' iride , e verrà fuori senza altre difficoltà , in questo momento il dito deve toccare la cornea , onde spinger fuori la lente.

Altre volte occorre toglier l'ifemia , o praticar pressione onde fare uscir la cateratta.

§. 10. Le tre principali difficoltà , di cui ho parlato in questo capo , cioè la contrazione violenta dell' occhio , l' ifemia , e l' inviluppamento dell' iride potranno venir superate con buona fortuna da chiunque abbia posto mente al detto fin quì ; ma vi sono altre difficoltà le quali dipendono dalla forma dell' occhio , o dalla qualità delle cateratte.

S' incontrano altre difficoltà nella pratica.

CAPO XX.

Difficoltà che dipendono , o dalla forma dell' occhio o dalla natura della cateratta, e dal suo grado.

§. 1. Tutti conoscono che se l' occhio è molto infossato , ed appianato s' incontrerà difficoltà a praticarvi un taglio di misura giusta , ma più di tutto la difficoltà incontrasi quando la cornea sia quasi piana , e la camera anteriore picciola , come anche se la pupilla fosse molto angusta , perchè il taglio della cornea non darà facile passaggio alla cateratta , e si richiederebbe che la

Quando l'occhio è infossato, o la camera anteriore angusta, o la pupilla picciola devesi tagliar l'iride.

cornea fosse molto aperta, bisognerà in questi casi senza verun timore dirigere il coltello verso la lente, e ferir l'iride con tutta risolutezza, se mai si presentasse affinchè la ferita della cornea riesca grande, e l'operazione non sia stentata, e pericolosa.

Quando vien recisa l'iride conviene portarne via un lembo.

§. 2. È d'uopo dichiarare, che qualunque volta per la ristrezza, o della pupilla, o della camera anteriore saremo costretti a comprendere l'iride nel fare il taglio della cornea, ed in qualunque caso venisse tagliata, gioverà portarne via un pezzo, il quale in se comprenda porzione del margine pupillare, senza di che s'incontreranno gravissimi pericoli; è facile convincersi, che se l'iride fosse aperta in vicinanza della cornea, la cateratta dovendo uscire prenderebbe la via della nuova apertura, che è la più facile, e bassa, nè mai si presenterebbe per l'apertura della pupilla naturale, la quale si rimane socchiusa, ed elevata. In questo passaggio l'iride soffre uno strazio pria che il novello foro si accomodi al volume della cateratta, e più d'una osservazione di tal genere mi ha provato, che facilmente l'iritide è conseguenza dell'accennata difficoltà.

Sarà utile tagliar l'istimo dell'iride.

§. 3. Convinto del citato pericolo, ho stabilito, che ad evitarlo sarà utile portare il coltello da cateratta entro alla nuova apertura, attraversare l'istimo dell'iride, e fare uscir la punta del ferro per la pupilla in guisa, che nell'atto di tirar fuori il coltello venga diviso l'istimo che separava la nuova pupilla dalla naturale (Vedi Tav. VI. Fig. 3.).

Effetti vantaggiosi ottenuti dal taglio descritto.

§. 4. Con questo mezzo semplicissimo si apre una via facile alla cateratta in guisa, che passa liberamente, ed ho veduto con grande soddisfazione, che l'occhio suol guarire senza iritide e si evita questa pericolosa infiammazione, la quale per lo addietro mi avea per ben tre volte prodotto sinizesi e cateratta secondaria in caso d'istimo.

Utilità dell'estrazione in questi casi, e cattivo esito avendo preferito talvolta la depressione.

§. 5. In tutti i casi di occhio infossato è stato raccomandato da' nostri maestri che si abbandonasse il metodo dell'estrazione e si usasse la depressione, ma purchè si vogliano comprimere alcun poco i margini delle palpebre e non si abbia timore di recider l'iride si potrà sempre usare il metodo addottato, e potrei quì citare forse 100 casi in cui gli occhi erano piccioli ed infos-

sati ; ma non di meno ottenni buonissimo esito dall' estrazione anteriore ; ed altri casi ne' quali avendo preferito la depressione l' esito è mancato.

§. 6. Gli occhi prominenti , e globosi offrono altre difficoltà , perchè trovandosi la parte anteriore dell' occhio sotto la pressione de' margini palpebrali vi è pericolo, che al compimento del taglio una gran parte di esso resti improvvisamente vuotata per l'azione della palpebra suddetta che si chiude; tanto più che l'occhio vien tirato in fuori dal coltello medesimo nel fare il taglio, ed uscendo gli umori improvvisamente per l' urto delle palpebre la cateratta presentasi inviluppata, se il taglio non sia di giusta misura. Bisognerà dunque por mente a far rientrare l'occhio siccome ho detto nel cap. VIII. §. 16. innanzi di compiere il taglio, e si dovrà far pressione col dito sulla cornea perchè la cateratta non esca portando l' iride appresso, e quando il taglio non fosse di misura giusta si dovrà allungare.

Negli occhi prominenti bisogna rimetter l' occhio nel fondo dell'orbita prima di compiere il taglio, e abbandonar le palpebre.

§. 7. Le casule tenaci, e membranose sono quelle, che oppongono il maggiore ostacolo alla riuscita dell' operazione , e perciò quando non fossero molli bisognerà sempre badare a farle uscire, onde non ne rimanga entro l' occhio tanta parte, che possa produrre cateratta secondaria. Ho notato, che la casula vicina ai legamenti cigliari si può sempre lasciare impunemente , ma la parte , che più importa di toglier via è quella che corrisponde alla pupilla avente la superficie di un circolo , che porti un diametro di una linea , o al più due.

Casula dura che devesi portar via.

§. 8. Allorchè la cateratta non sia da molto tempo incominciata, e che la facoltà di vedere in parte si conservi; noi diciamo che la cateratta è incompleta. In questi casi per lo più la casula è diafana ed un professore esperto nota , che l' opacità è profonda , ed il margine pupillare ha molta penombra. Ciò deriva dal perchè la casula anteriore si conserva tuttora diafana, e non male a proposito i maestri dell' arte hanno dichiarato che in questi casi non si deve por mano all' operazione. Credevano essi , che fosse costantemente necessario attendere la maturità della cateratta affinchè tutte le sue parti potessero con facilità distaccarsi dalle altre vicine , come distaccasi un frutto maturo. Questa idea di matu-

Perchè la cateratta matura sia stata giudicata più facile a curarsi.

rità è stata discussa dai moderni, ed abbandonata perchè molte volte si trovano delle cateratte antiche, le quali non si distaccano, ma anzi offrono grande resistenza, ed io moltissime fiate ho estratto delle cateratte immature con sucesso buono; devesi però stabilire per canone generale, che allorquando l'uomo conservi qualche grado di vista e possa regolare i suoi passi, almeno per quanto bisogna entro la casa non si dovrà mai praticare l'operazione, e solamente saremo autorizzati a tentarla, allorchè egli non possa più agire nella vita volgare. Il motivo si è che se l'uomo non fosse cieco non dovrà mai correre il rischio d'un' operazione in cui non è sicurezza, perchè se mal riesca ti fa perdere il tutto, se và bene non può darti, che pochi gradi di forza visiva stante la mancanza del cristallino.

Si danno casi in cui devesi estrarre la cateratta essendo ancor diafana la casula.

§. 9. Oltre le ragioni citate, io sono inclinato ad attendere il tempo in cui la casula sia offuscata perchè se è diafana, dopo uscita la lente riesce quasi impossibile vederla, e tirarla fuori, ciò non di meno si danno casi ne' quali l'opacità del solo nucleo della lente è sì rimarchevole, che non possiamo lasciare più a lungo cieco il nostro infermo quantunque la penombra pupillare e la profondità della cateratta ci facciano conoscere, che la casula sia tuttora diafana, locchè produce notabilissima difficoltà alla buona riuscita.

In questi casi si taglierà la casula pria che il cristallino venga spostato.

§. 10. In questi casi l'oculista dovrà procedere con somma lentezza, ed assai dolcemente nel dar compimento al taglio della cornea, e adoprerà il cistotomo senza far la menoma pressione sull'occhio, procurando tagliare la casula, quanto più potrà, innanzi di sollecitare il passaggio della lente, perchè allorquando la lente non sia stata rimossa dal suo posto essa offre un sostegno alla casula, e possiamo toglierla, ancorchè questa per la sua trasparenza non veggasi con chiarezza.

Cateratta voluminosa più o meno.

§. 11. Qualche volta si trova una cateratta voluminosa e dura che passa con difficoltà se non sia stata aperta la cornea bastevolmente, e ciò notasi quando la cateratta abbia un color tendente al giallo fosco, purchè non dipenda da atrofia. Le cateratte men voluminose sono quelle molli, biancastre, e tutte quelle che dipendono da atrofia, principalmente le arido-siliquate; ma fra

queste se ne trovano talune così tenaci, che non si possono spezzare mediante il cistotomo, non tanto perchè sieno veramente dure, ma perchè fuggono dal tagliente ondeggiando nel corpo vitreo, ed in questi casi dobbiamo, siccome ho già spiegato, afferrare la casula, o la cateratta, e tirarla fuori mediante le pinzette.

CAPO XXI.

Per quanti modi riuscir possa infruttuosa l'estrazione anteriore della cateratta vera.

Cause imprevvedute annullano talvolta le nostre speranze.

§. 1. Sembra manifesto, chè se in un occhio vi sia opacità della lente, la vista sarà impedita, e tolta la lente opaca dovrà ripristinarsi la facoltà di vedere; ma si danno imprevvedute combinazioni, le quali talvolta distruggono le nostre speranze, e lasciano deluso l'infermo, e l'oculista; gioverà dunque annoverare in questo luogo le cause, che possono influire al tristo sucesso, onde evitarle per quanto fia possibile.

Caso di nervi deboli.

§. 2. Qualche volta finita la cura, la pupilla è libera, l'occhio è risanato dall'infiammazione, e non dimeno la vista manca per causa di una imperfezione, che trovasi nel sistema nervoso, come ho detto essersi conosciuto ne' casi della Jengo, o del Varriano anche nel corso di quest'anno (Vedi pag. 16. §. 18.)

Cause dell'iritide, e dell'emorragia.

§. 3. Altre volte siccome ho già spiegato l'iride nel momento del *passaggio* viene compressa, o straziata, o strofinata contro i lembi della ferita, oppure contro il cistotomo, ed in questi casi o sorge la fatale emoragia, o l'iritide, e quindi l'occhio si perde fra dolori acerbissimi, e suppurazione ostinata; ma se lo strazio dell'iride non fosse stato molto grave, allora sorgerà una moderata iritide, che potrà svilupparsi più o meno, secondo le predisposizioni dell'infermo, e che se non venisse abilmente troncata porterà l'atresia, ed il versamento di linfa che costituisce la cateratta secondaria, e può darsi anche il caso in cui l'iritide non si sviluppi sennonchè sotto l'impressione dell'aria, e della luce, quando già l'infermo credevasi guarito vedi lib. II. pag. 90. §. 44. nel qual caso ha luogo la sinizesi lenta.

Origini della cateratta secondaria.

§. 4. Se poi la casula non fosse molle, e se la parte centrale non fosse stata, o portata via, o distaccata in guisa da non poter più risalire; potrà questa facilmente ricomporsi, ed ingombrar di nuovo il campo della pupilla, come abbiamo osservato principalmente in que' casi ne' quali, o staccandosi in basso, o dividendosi per metà sfugge alle ricerche dell'oculista subitochè la lente è uscita fuori.

Suppurazione che sorge per impedito contatto de' margini della cornea.

§. 5. Una quarta difficoltà al buon sucesso potrà derivare dal ricomporsi difficilmente la ferita, o perchè il taglio sia riuscito irregolare, o perchè vi sia penetrata la palpebra inferiore, o perchè una porzione del vitreo siasi posta fra suoi lembi, ed in questi casi ne' primi giorni l'uomo non accusa, che una lieve molestia; ma la ferita non guarisce di prima intenzione, e dopo otto, o dieci giorni la suppurazione sviluppatasi fra i lembi di essa propagasi a tutto il vitreo, e porta totale ipopio, ed atrofia.

Se la lente si precipita fuori dell'occhio sorge atresia causata da ernia vasta dell'iride.

§. 6. Finalmente si danno de' casi ne' quali, o perchè l'occhio è globoso o perchè l'oculista precipita l'operazione, nè usa le debite cautele, viene a compiersi il taglio, sotto le contrazioni, o sotto l'urto delle palpebre, o dando una scossa all'occhio, e per l'influenza di queste condizioni si precipita il cristallino con soverchio impeto portando fuori l'iride, e cagionando un' ernia, la quale potrà indurre atresia con sinechia, ed anche in questi casi se l'ernia non venisse recisa a tempo debito si sperimenterà la perdita della vista per l'atresia della pupilla.

Si conosce l'opportunità di quanto ho insegnato più sopra.

§. 7. Il mio lettore dal fin quì detto raccoglierà, che a giusto titolo ho dichiarato doversi evitare la pratica dell'operazione quando i nervi sieno viziati, e ne ho notato gl' indizii. Indi ho stabilito le regole da tenersi nella pratica onde evitare i tristi effetti di sopra citati, che sono l'emorragia, l'iritide acuta e cronica ossia lenta, la suppurazione per impedito coalito, l'ernia dell'iride e la cateratta secondaria.

Profitto ottenuto dalle regole esposte, e dilucidate.

§. 8. A proporzione, che gl' insegnamenti del maestro Beer, e la scorta della mia propria esperienza, mi hanno condotto a determinare le regole, e le dilucidazioni spiegate finora, ho veduto migliorare il risultamento delle mie operazioni di cateratta in cotal guisa, che se ne' primi anni ho perduto fino la metà de'

sucessi, l'anno innanzi di recarmi a Vienna ho perduto il 25 per cento, e dopo sono giunto qualche volta ad ottenere la guarigione de' 90 per cento, di modo che raccogliendo tutt' i risultamenti delle mie operazioni per estrazione anteriore risulta dal mio giornale di pratica, che in totalità ho eseguito 585 estrazioni anteriori, e con sucesso felice ne ho registrato ben 466, e se detrarre si volessero i casi in cui un' occhio ha ricuperato interamente la vista e l' altro nò, come ancora i casi ne' quali dopo la guarigione abbiamo trovata la pupilla libera, e la vista debole per ambliopia; allora avressimo i casi in cui l' esito è stato veramente infelice, i quali non giungono al sei per cento. Qualunque volta poi gl' infermi sono stati bene assistiti, come lo sono nelle case de' cittadini agiati, o nella clinica d' oftalmiatria ho trovato in questi ultimi anni un sucesso, anche più soddisfacente, poichè le ultime 200 operazioni mi hanno dato 184 casi felici.

CAPO XXII.

Si dimostra la probabilità del buon sucesso nella pratica dell' estrazione anteriore.

§. 1. Il calcolo numerico esposto più sopra, ed i risultamenti ottenuti nel triennio di cui ho dato conto in questi tre libri provano la molta probabilità, che il metodo finora descritto possa dar nella pratica risultamenti felici; infatti io non sapeva concepire perchè si potesse da uomini dottissimi annunziare, che il taglio della cornea porta maggiore infiammazione di quella che dà la puntura della sclerotica, e della coroidea, ed il maneggio fatto sulla casula e nel vitreo in vicinanza alla retina ed all' iride nell' eseguire la depressione Celsiana.

Prove già addotte a favore dell' estrazione.

§. 2. Anzi io non poteva concepire in che modo sorger potesse una violenta iritide dopo l' estrazione anteriore, perchè l' iride non si ferisce nè sembra venire offesa nella massima parte de' casi; ma il caso della Langadanes riferito più sopra pag. 84 e qualche altro esempio, singolarmente quando la cateratta mi usciva avviluppata,

Pericoli in cui trovasi l'iride, non prima evidenti.

mi hanno fatto conoscere in che modo l'iride soffrir possa nel tempo dell'estrazione. Ho anche veduto un cattivo pratico il quale invece di tirar fuori la casula strappò l'iride e produsse fatale emorragia e perdita dell'occhio quantunque rimettesse dentro la membrana pizzicata, ma per grazia del cielo in questo grossolano errore non sono mai caduto.

Regole stabilite che debbono rassicurare l'oculista nella pratica.

§. 3. Se possiamo dunque tagliare metà della periferia della cornea, ed anche due terzi, senza danno siccome ho notato nel caso del *Sig. Luigi Cariani* di Cento, e se la casula si deve, e si può tagliare, squarciare, ed anche strappare senza verun pericolo, se la lente si può tutta rompere, ed afferrare, senza eccitare grave danno all'occhio; siccome tante volte si pratica e nell'estrazione, e nella depressione, e se nella maggior parte de' casi di estrazione possiamo conservare intatta la jaloidea, oppure esce picciola parte del vitreo, e se allorquando uscisse pure un terzo, o anche metà del vitreo si potrà ricomporre la cornea, e debbasi sperar la guarigione; se da noi dipende il fare un taglio di giusta misura nella cornea, prolungarlo quando fosse corto, rimediare al taglio dell'iride se vi fosse l'istimo fra esso e la nuova pupilla, intaccare la casula prima di far uscire la lente, e regolarne il passaggio con tutta posatezza, e finalmente togliere la parte centrale della casula, quando da se non uscisse, pare che i molti espedienti determinati pel caso di qualche imperfezione inevitabile, e la precisione delle regole infonder debba all'oculista un illuminato coraggio, che forse non si può avere eguale in tutte le altre parti della chirurgia, e che non si può avere nell'esercizio degli altri metodi de' quali darò conto più sotto.

Poca influenza delle stagioni, età, e temperamenti, o contagi.

§. 4. I nostri maestri hanno creduto, che le stagioni, l'età, il temperamento, e le particolari idiosincrasie avessero la più grande influenza, ma tale è stato il sucesso ottenuto anche in persone affette da miasmi, e da contrarie idiosincrasie vedi lib. I. pag. 217. e lib. II. pag. 216. §. 1. e più sopra pag. 11. §. 7. e tale è stato il buon sucesso ottenuto in tutte le età della vita umana, ed in tutte le stagioni dell'anno, che ho dimostrato per via di esperimenti incontrastabili non doversi di ciò fare quel conto, che ne facevano gli antichi maestri.

§. 5. Io mi ricordo, che ne' primi anni della mia pratica più d' una volta avea veduto gravi infiammazioni, e principalmente iritidi senza poterne determinare la causa per mancanza di cognizioni, ma in generale i risultamenti dell' estrazione anteriore erano buoni. Ben quattro volte ho osservata l'emorragia dell' iride; della quale nè io, nè i miei amici, e colleghi per quanto esaminassimo con diligenza le circostanze non sapevamo assegnare la causa, e siamo stati indotti a credere, che vi fossero taluni individui il cui sistema nervoso fosse suscettibile e si agitasse in cotal modo da produrre il vomito, ed il singhiozzo, e che questi fenomeni, o qualche colpo di tosse sorgessero casualmente, e portassero per conseguenza inevitabile, prima l' uscita dell' iride dall' occhio, e poi la fatale emorragia, la quale da tutti riguardavasi come una conguenza delle scosse, che dà il vomito, ed il singhiozzo, o la tosse.

Incertezze, ed oscurità dileguatesi ora.

§. 6. Il sig. Beer, ed il nostro commune maestro Barth mi sostenevano l'opinione, che si dessero certi occhi disposti all'emorragia, ed anzi il primo da me citato credeva aver egli scoperto, che una certa cateratta di un color giallo di limone fosse quella la quale portava per conseguenza l' emorragia, e diceva, che questa cateratta si trovava legata ad una vescichetta gialla postavi dietro, la quale se non si avea cura di lasciarla rimanere, entro l'occhio, dopo l' estrazione della cateratta le teneva dietro, e nel distaccarsi dalle vicine parti dava origine all' emorragia, e perciò egli raccomandava, che simili cateratte si dovessero piuttosto deprimere, e non già estrarre; ma posso per altro accertare di avere estratto ben 609 cateratte senza mai aver trovata la vescichetta della quale egli ci facea tanto temere, ed ho veduto sorgere l' emoragia qualunque volta l' iride fosse stata maltrattata fortemente nel passaggio della lente, e sempre sorgeva in quell' occhio ove io avea commesso l' errore di manovra restando sano l'altro.

Opinione del signor Beer sulle cause dell' emorragia.

§. 7. Avendo osservato con attenzione questi casi ho veduto, che finita l' estrazione l' iride rimaneva in parte fuori della ferita come se vi fosse ernia, e gonfiavasi ognor più, e ben presto diveniva rossa, e da ultimo ne usciva il sangue, che scaturiva copiosamente, indi sorgevano agitazioni della persona, singulto, vomito, ed anche tosse.

Ernia dell'iride osservata in caso di emorragia.

Il singhiozzo e le scosse del petto, e dello stomaco non precedono l'emorragia.

§. 8. Importa notare, che in questi casi ho veduto l' emorragia prima del singulto, e del vomito, o della tosse, locchè dimostra chiaramente non doversi quella ripetere dalle scosse, che questi movimenti convulsivi arrecar possono alla macchina umana siccome credevano tutt' i miei colleghi al principio di questo secolo; ma questi fenomeni sono causati dal tormento che l' iride ha sofferto, perchè i nervi di questa membrana irritati propagano la loro agitazione lungo tutt' i rami del quinto pajo, e per consenso al grande simpatico, ed alle parti da esso dipendenti, inoltre è d' uopo notare, che in cinque casi di tal sorta da me osservati, l'emorragia ebbe luogo in quel solo occhio, nel quale l' iride avea sofferto maggiore strazio, e l' altro si rimase in buono stato, e fu guarito compiutamente, essendosi osservata ad ambedue gli occhi in una sola persona.

Pruove, che si deducono dall' aver sottoposti all' operazione ambedue gli occhi.

§. 9. Se io non avessi praticato l' estrazione ad ambedue gli occhi avrei potuto attribuire l' emorragia, come pensarono molti maestri alle scosse derivate dal vomito, o dal singhiozzo; ma dopo che ho veduto un occhio perdersi; e l' altro sanare ad onta delle scosse alle quali si attribuiva la perdita, preso il tutto a diligente esame ho notato, che queste agitazioni nervose sono sintomi, i quali accompagnano l' emorragia; ma non sono cause prossime di essa, ed ho sostenuto con approvazione dei dotti, che se il disgustoso fenomeno fosse conseguenza di naturali predisposizioni dovrebbe mostrarsi in ambedue gli occhi, e non già in quello solo nel quale ebbe luogo la maggiore contusione dell' iride, come ancora se il fenomeno dipendesse dalle scosse della macchina si presenterebbe l' emorragia ad ambedue gli occhi.

La causa della emorragia è ormai palese, e può evitarsi.

§. 10. La causa adunque dell' emorragia consecutiva è così manifesta, che dopo averla presa di mira per evitarla, non conto, che soli due casi, ne' quali non ho potuto scansarla in uno di questi ho conosciuto di aver maltrattata l' iride perchè il taglio della cornea mi era riuscito picciolo, e la cateratta usciva fuori avviluppata non essendomi determinato ad allungare il taglio prima di farla uscire. Nell' altro si trattava di cateratta arido-siliquata con ambliopia, e mi ostinai a tirar fuori tutta la casula strappandola sicchè vidi uscire la coroidea coll' iride, e colla retina perchè attaccate estraordinariamente alla detta casula.

§. 11. Io per altro non giudico, che tutti gli occhi sieno disposti egualmente a sopportare il maltrattamento, che si può fare all' iride ne' varj momenti dell' operazione, perchè ho più fiate notato, che questa membrana varia di densità, di tenacità, e di sensibilità secondo i temperamenti, e la condizione degli uomini, siccome anche la cornea è talvolta grossa, e ben nudrita, altre volte sottile, o scarsa di umori; di più ho conosciuto, che taluni soggetti sono più sottoposti alle infiammazioni traumatiche, mentre per causa di particolari idiosincrasie, varia il grado e lo sviluppo delle infiammazioni. Sostengo per altro che l' influenza di queste varietà è ristretta entro certi limiti in cotal guisa che se l' iride non sia stata contusa moltissimo non vi sarà luogo a temere nè iritide grave, nè emorragia.

La disposizione morbosa si riconosce influire dentro certi limiti.

§. 12. Si dovrà escludere adunque il timore di gravi infiammazioni quando l' iride sia stata poco maltrattata, e le ferite di quest'organo praticate mediante il coltello non saranno da temersi purchè sieno fatte con prontezza e da uno stromento bene affilato.

Le ferite dell'iride non saranno dannose.

§. 13. In riguardo alle cateratte secondarie ho notato, che quasi sempre dipendono dalla casula, la quale viene ad occupar la pupilla, e talvolta vi concorre in parte certa linfa versata dalla superficie dell' uvea nel corso di un'iritide; nè mai queste si potranno ripetere da vizio della jaloidea, nè da congenita predisposizione dell'infermo.

Due sole origini delle cateratte secondarie.

§. 14. Ho già spiegato le cause ed i fenomeni proprj dell' iritide lenta (vedi lib. II. pag. 90.) e della senizesi di tal natura; ma se tali fenomeni sorgeranno dopo l'ecraxis, sicuramente vi sarà stata qualche mancanza nella pratica delle regole determinate per l' operazione; o per la cura consecutiva.

I fenomeni dell' iritide, e della sinizesi lenta dipenderanno da errori di pratica.

§. 15. Ridotta essendo l' arte nostra a questo termine di perfezione, parmi che ogni diligente pratico avrà dritto di sperare in generale ottimi risultamenti dalle sue operazioni, e quantunque sarà prudente consiglio il porre in dubbio il sucesso di quanto operiamo sul vivo; ciò non di meno se l' oculista potrà dar prova della sua abilità sopra molti casi, egli avrà dritto di lusingarsi, che la maggior parte riuscir debbano fortunati.

L' oculista potrà lusingarsi di buon sucesso quando avrà molti casi di operazione.

Commessioni di dotti incaricate di osservare i successi delle mie operazioni.

§. 16. Fu appunto sull' appoggio di questa felice teoria, che in varie città dove ho fatto soggiorno ho chiesto alle primarie autorità, che destinassero una comessione di abili medici, e chirurghi, i quali formassero un prospetto delle mie operazioni e vi notassero i corrispondenti successi, locchè fu sempre eseguito con soddisfazione e de' miei illuminati colleghi, e de' superiori, nè altrimenti venne praticato in questa Metropoli, ove fu al mio arrivo nominata una comessione composta de' professori Santoro, Boccanera, ed Antonucci, i quali notarono, che tredici furono allora gl' individui sottoposti alle grandi operazioni, cioè all'ectomia ed all'estrazione anteriore della cateratta; senza che nessuno rimanesse nell'infelice stato di cecità neppure ad un solo occhio.

Altre osservazioni registrate in otto delle primarie città.

§. 17. Io potrei qui annoverare i cataloghi raccolti da altri dotti in otto delle primarie città d' Italia da' quali risulta che di 124. casi di estrazione ve ne furono 114. con esito felice; ma parrà inutile entrare in questi dettagli a chi conosce con quale scrupolosità sieno state registrate le storie, ed i prospetti clinici, che formano il fondamento più solido de' miei ragionamenti.

CAPO XXIII.

In cui vengono esposti i due punti più difficili nella pratica dell' estrazione anteriore.

Se il taglio della cornea fosse bene eseguito, la riuscita sarebbe molto probabile.

§. 1. È fuor di dubbio, ed è provato egualmente dalla teoria e dalla pratica, che se in tutti i casi di estrazione anteriore noi potessimo eseguire a puntino un taglio, il quale dividesse metà di tutta la periferia della cornea dalla vicina sclerotica, e si potesse ridurre in pezzi la parte centrale della casula, e farla uscire dall' occhio, avressimo quasi sempre il desiderato sucesso; ora essendo questi due punti i più difficili, ed i più importanti dell' operazione, le mie mire sono sempre dirette al loro perfezionamento.

Lacerazione della casula praticata da Wenzel.

§. 2. Un punto difficilissimo è quel che riguarda la lacerazione della casula, Wenzel otteneva questa lacerazione quasi intera e

totale, perchè pungeva la casula in sito col medesimo coltello da cateratta prima di compiere la punzione della cornea, ma a far ciò richiedesi una destrezza non commune, siccome ho sperimentato in qualche raro caso in cui ho tentato di farlo.

§. 3. Ho trovato per altro una grande facilitazione alla pratica del taglio della cornea dopo che ho trascurato di evitar l'iride, avendo conosciuto per molte pruove sperimentali, che portando via una falda di questa membrana non si fa che allungar la pupilla, ed aprire una libera strada alla cateratta.

Facilità sperimentata, quando non si è avuta ripugnanza di tagliar l'iride.

§. 4. Ho cercato altresì facilitare la distruzione della casula impiegando in varj casi varie forme di pinzette, ed anche ho tentato usar quella di cui trovasi la figura Tav. V. Fig. 4.; ma in più casi mi parve troppo voluminosa nella punta, e sono ritornato sempre all'uso di quella acuta, e di quella dentata descritte alla pag. 122. §. 2. e 3. lib. II.

Pinzette sperimentate buone.

§. 5. Così più fiate ho variato la forma de' stromenti posti in uso, e principalmente de' cistotomi, ma sempre sono ritornato ad impiegare i due consueti Tav. IV. e VII. Fig. 5. e 6. Se le mie ricerche verranno coronate da un' esito felice questi due punti della pratica potranno riuscire ancor più facili, e vantaggiosi, e ne darò subito conto con due capi distinti dal rimanente dell'opera quando non fosse ancora uscita in luce.

Varj cistotomi usati.

CAPO XXIV.

Intorno alle cateratte secondarie semplici.

Parlerò dell'estrazione della cateratta secondaria semplice.

§. 1. L'ordine addottato richiede, che ora io spieghi le operazioni da praticarsi in caso di cateratta secondaria semplice, argomento che potrei anche trascurare perchè l'operazione è quasi la stessa, che quella da noi descritta per la cateratta vera, e già nel secondo libro ho dato molte spiegazioni per ciò che riguarda la cateratta secondaria complicata con atresia, e sinechia.

Classificazione stabilita, e sperienze che dimostrano la difficile riuscita ne' casi complicati.

§. 2. Alla pag. 254. lib. II. ho stabilito la classificazione di sei specie di atresia, che possono andar congiunte alla cateratta secondaria, e le storie ivi riportate dimostrano l'opportunità di tagliare in questi casi la cornea, e l'iride ad un tempo, onde aprir la pupilla, e portar via un gran pezzo di cateratta assiem coll'iride recisa; le storie II. e III. pag. 237. e 239. dimostrano altresì quanto sia difficile poter riuscire ne' casi di cateratta secondaria densa in cui esistono delle adesioni strettissime fra l'uvea, e la cornea, e se l'iride trovasi sensibilissima per la preceduta infiammazione.

Come si possa operare in caso di sinechia valida.

§. 3. Nel medesimo secondo libro ho spiegato coll'esempio dell'istoria V. pag. 242 e storia VIII. pag. 263, in qual modo si potrebbe ripristinare la vista, anche quando la sinechia fosse validissima perchè la cornea trovasi unita alla cateratta secondaria densa, ed ho fatto conoscere l'opportunità della dialisi modificata, ed applicata a questi casi.

Natura di questa cateratta secondaria.

§. 4. Chiunque abbia posto mente alle dottrine finora esposte intenderà quale sia la natura della cateratta secondaria semplice, e come si possa curarla senza tagliar l'iride, ed estraendola per la cornea.

Indizii della cateratta secondaria semplice.

§. 5. Questa specie di cateratta può trovarsi dopo la pratica di qualsivoglia metodo, essa vien formata quasi sempre dalla casula offuscata e densa, non è aderente nè all'iride, nè alla cornea, sicchè i movimenti, e la forma della pupilla si troveranno in perfetta regola, essa è quasi sempre di un colore perlino ha

la superficie alquanto increspata, e và congiunta a residui gradi di facoltà visiva assai notabili. D' ordinario è tremula perchè la parte fluida del vitreo occupa lo spazio in cui prima era la lente nè mai è stata preceduta da iritide, e vedesi comparire in que' casi, ne' quali la casula sia stata distaccata in basso, oppure semplicemente squarciata nel mezzo senza essere distrutta nè portata via al momento dell' ecraxis.

PROBLEMA II.

Dato un caso di cateratta secondaria semplice toglierla via col metodo anteriore di estrazione.

Reg.ª I. Disposto l' occorrente come in caso di estrazione della cateratta vera si pratichi il taglio della cornea descritto alla pag. 63 e seguenti.

Reg.ª II. Senza squarciare la casula e senza impiegare il cistotomo si porterà la pinzetta acuta entro la ferita della cornea, e penetrando colle sue punte fino alla cateratta si cercherà di chiuderla ed afferrarla stringendola bene, e poi si tirerà fuori tutta la casula che costituisce la cateratta secondaria, e che per solito è tenace, e solida.

Reg.ª III. Se accidentalmente si fosse fatta un' apertura nella cateratta secondaria, oppure si vedesse che la pinzetta acuta non potesse afferrarla bene si potrà anche sostituirvi la pinzetta dentata, e portare una delle sue branche entro la detta apertura fatta nella cateratta, indi questa si stringerà fra le pinzette e si porterà via, come indica la Tav. VI. Fig. 6.

Reg.ª IV. Se rimanessero de' fiocchi casulari, o se la cateratta fosse molle i fiocchi si toglieranno mediante la pinzetta acuta ad uno ad uno, come ne' casi ordinarj di estrazione anteriore, e se fossero molli si porteranno via mediante il cucchiajo di Dawiel; in qualche caso riesce utile prenderli mediante l'ago uncinato del Beer (vedi lib. II. pag. 124. Tav. VI. Fig. 3. e 4.).

CAPO XXV.

In cui vengono dilucidate le regole or ora esposte e si dimostra la loro utilità.

Utilità de' precetti generali.

§. 1. Ognuno sarà persuaso da quanto ho spiegato (lib. II. pag. 120. e seguenti) che innanzi di venire al taglio della cornea bisogna aver messo in pratica i quattro precetti generali, e che sarà utile applicare qualche ora prima l' estratto di josciamo al contorno delle palpebre, e sulla fronte onde si ottenga la dilatazione della pupilla.

L'apertura della cornea potrà esser minore della metà di sua periferia.

§. 2. Quanto alla dimensione del taglio della cornea non sarà di assoluta necessità che questa giunga ad eguagliare metà della sua periferia se la cateratta fosse membranosa, come suole trovarsi dopo che sia stato estratto il nucleo della lente, ma dovrà per lo meno uguagliare la terza parte della periferia della cornea, altrimenti si avrebbe un campo troppo angusto pel maneggio delle pinzette, e ne' casi in cui avesse preceduta la depressione potendosi anche trovare il nucleo della lente, come si osservò nell' occhio di Aniello de Conciliis, la storia del quale venne riportata nel lib. II. pag. 244 e seguenti; gioverà aprire un taglio più lungo della terza parte onde evitare qualunque difficoltà.

Perchè non occorra squarciare la casula.

§. 3. Io non uso squarciare la casula perchè vi è pericolo, che il vitreo nell'atto di uscire la respinga, e la nasconda, sarà dunque meglio afferrarla colle pinzette finchè sia intera, e se poi si spezzasse sarà d' uopo aver cura di prendere ad uno ad uno i fiocchi in cui si divide usando la pinzetta acuta.

Casi in cui si dovrà usare la pinzetta dentata, o l' uncino.

§. 4. Vi sono de' casi in cui i fiocchi casulari perchè molli, ed inviluppati dall' umor vitreo non si possono tirar fuori, ma sfuggono, ed in questi casi bisogna sostituire la pinzetta dentata che afferra meglio, e porta via grandi porzioni di casula, e se questa pure non riuscisse gioverà usare l' uncino.

Quando convenga usare il cucchiajo.

§. 5. Qualche volta le pinzette non possono afferrarla per causa di sua mollezza, ed allora bisogna tirarla fuori mediante il cucchiajo di Dawiel.

§. 6. Avverta il lettore, che se vi fosse la sinizesi, o la sinechia il metodo or descritto non potrebbe riuscire, siccome ho già detto perchè la ristrettezza della pupilla commune ad osservarsi in questi casi è cagione, che la cateratta non può essere presa dalle pinzette senza lesione dell'iride, la quale in molti di questi casi conserva una dannosa sensibilità. Bisognerà dunque attraversar l'iride e la cateratta nel fare il taglio della cornea come ho spiegato lib. II. pag. 236.

Le regole ora esposte, non convengono ne' casi di cateratta secondaria o con atresia, o con sinechia.

§. 7. Se taluno stimasse d'impiegare invece la depressione in questi casi, egli sperimenterà quella incertezza, e quegli inconvenienti, che sono inevitabili nella pratica di questo metodo, e de' quali darò conto a suo tempo, oltre ai cenni che già ne ho ho fatto in più occasioni. Cresceranno poi le difficoltà quando vi fosse congiunta l'atresia, e la sinechia perchè devesi tormentar l'iride, e l'ago difficilmente riesce a seperarnela senza contusione di quella membrana sensibilissima; la seconda parte della storia seconda che segue offre un chiaro esempio di questa pratica.

La depressione riuscirà incerta nella cateratta secondaria, e principalmente nella complicata.

STORIA I.

Si da conto della cura di Nunzio Rossi.

§. 1. Nunzio Rossi d'anni 36 natio di Rionero in provincia di Basilicata venne ricevuto alla clinica onde sottoporlo all'operazione essendo cieco ad ambedue gli occhi.

Età e patria.

§. 2. L'occhio destro era stato sottoposto anni sono alla depressione Celsiana, ed avea sofferto così grave iritide, ch'eravi atresia, cateratta secondaria, ed amaurosi; conseguenze dell'irritazione portata ai nervi cigliari dall'accennata operazione.

Cecità incurabile prodotta da una depressione.

§. 3. L'occhio sinistro conservava un aspetto indicante igieneurosi con cateratta albuminosa molle; era questa di un colore perlino tendente al bianco, la cornea di quest'occhio era grande la camera anteriore spaziosa, e la cateratta vedevasi molto convessa.

Stato dell'occhio sinistro.

§. 4. Il giorno 25 novembre raccoltisi gli studenti l'assistente di clinica lesse la relazione de' fenomeni osservati in questo caso, e degli avvenimenti preceduti, e fece considerare, che la depres-

Riflessioni circa le diligenze, con cui venne praticata la depressione al destro.

sione Celsiana quantunque giudicata *innocua* da molti maestri pur non di meno applicata all' occhio destro avea portato così fatale iritide, che non ci lasciava speranza di ripristinare in questo la forza visiva. Sapevasi da molti di noi, che l' operazione era stata praticata da uno de' più abili chirurghi di questo regno, e secondo tutte le regole de' migliori maestri.

Inutile scelta del giorno, cure preparatorie, ed osservazioni atmosferiche.

§. 5. Prima dell'operazione si era amministrata per lungo tempo una decozione de' legni indiani, e si erano impiegati circa 40 giorni onde prescegliere una giornata in cui paresse, che la stagione fosse la più favorevole, usandosi esaminare ogni mattina i termometri, ed i barometri per assicurarsi, che la temperatura sarebbe moderata, e che la stagione non potesse variare da un'ora all' altra; ma ad onta delle esposte precauzioni la depressione laterale venne seguitata da dolori lungo i rami del quinto pajo, da senso di nausea, e da tutti i segni d' un' iritide, la quale portò sinizesi con atrofia, e paralisi dell' occhio.

Fasciatura, e cure infruttuose.

§. 6. Sono stato assicurato da persone degne di fede, che la fasciatura a monoculo era stata eseguita con somma diligenza talchè si sarebbe potuta presentare ad un pittore per modello; ma tutto questo non giovò affatto a preservare il Rossi dall' iritide, la quale in ogni notte si rinnovava con maggior forza ad onta di molti sussidj dettati da sapienti medici, e chirurghi, i quali si riunivano ogni mattina per deliberare intorno alle cure da praticarsi. Inutili riuscirono le copiose evacuazioni sanguigne generali, inutili gli emetici epicraticamente amministrati, e le varie purghe, e l' estratto di josciamo, e le preparazioni oppiate quando per bocca, e quando applicate ai contorni delle orbite, riuscirono egualmente infruttuosi i larghi vescicanti, ed i sinapismi alle sure, ed a varie parti del corpo. Le dottrine, e le teorie, che svilupparono in questa occasione i valenti professori, destavano le maggiori speranze; mentre cadauno si faceva ammirare dando chiare pruove di una penetrazione e di un sapere imponente; ma dopo questi validi mezzi curativi sbendato l' occhio all' infermo, egli altro non seppe dire se non chè il suo occhio era più ingombrato di prima, e soffriva una tensione, ed un senso molesto di peso nel luogo nell' operazione restandogli la testa come stordita dai dolori, e si presentò a noi

quasi emaciato, e pallido subitochè venne licenziato per incurabile da un professore, il quale opinava non potersi tentar cosa veruna in quest' occhio sinistro finchè il destro non si fosse interamente calmato.

§. 7. Queste varie osservazioni vennero esposte dal nostro assistente; onde stabilire la dimostrazione di quel tanto, che è stato già spiegato nel lib. I. pag. 186. e lib. II. pag. 129. ed io non ho trascurato di far considerare agli alunni l'inutilità delle cure preparatorie, ed anche delle altre consecutive adoprate in questo caso. Feci poi considerare, che questo solo esempio basterebbe a dichiarare l'operazione non essere assolutamente innocua, nè tale da potersi replicare per quante volte si desidera siccome autori di gran valore hanno sostenuto.

Necessità, che l'operazione venga bene eseguita, e pericoli della depressione.

§. 8. Il Rossi era stato giudicato da molti degli astanti per un' uomo debole e dominato da sfavorevoli contaggi ai quali attribuivasi lo sviluppo della grave iritide da lui sofferta; ma io feci loro osservare ch' egli avea acquistato sì tristo aspetto per causa de' dolori, e delle cure sofferte, e dissi che se i contaggi, e la sfavorevole disposizione avessero influito a danneggiarlo dopo la depressione, maggiore ostacolo avrebbero opposto alla riuscita dell'estrazione, poichè questa viene generalmente riguardata, come un operazione, la quale porta maggior lesione all' organo della vista.

Il buon successo dell'estrazione servirà a provare che il male non dovesse ripetersi dal temperamento.

§. 9. Dopo avere esposte queste riflessioni, e data esecuzione alle regole preparatorie nella mattina del 25 novembre 1817 feci il taglio della cornea sinistra, che mi riuscì alquanto breve non avendone forzata l' estensione perchè trattavasi d' una cateratta albuminosa molle.

Taglio della cornea sinistra.

§. 10. Infatti sotto al cistotomo tutta la cateratta compresa la casula uscì fuori spappolata, e la pupilla rimase libera senza lacerazione della jaloidea, al momento però del passaggio essa spingeva l' iride contro i lembi della ferita perchè usciva a stento, e feci calcolare quanto più l' iride avrebbe sofferto se la cateratta fosse stata dura, nè si fosse spezzata, oppure se il taglio anzicchè scendere fino al margine inferiore della cornea l'avesse soltanto attraversata, come usavano fare gli antichi, vedi Tav. II. Fig. 3 e 4.

Uscita della cateratta a pezzetti.

§. 11. Al momento l' iride e la cornea si ricompose avendo tenute le palpebre chiuse per brevi istanti talchè riaperto l'occhio

L' occhio si è ricomposto benissimo.

videsi la cornea ricomposta in modo, che non più scorgevasi la ferita, e la pupilla era centrale, circolare, e libera da fiocchi casulari. Nè io poteva temere la cateratta secondaria perchè avea veduta spappolarsi la casula, e l' avea tirata fuori mediante il cistotomo.

L' uomo dichiarava d'aver molto sofferto all'occhio destro.

§. 12. L' uomo venne posto a letto colle solite diligenze, e diceva a tutti che questa seconda operazione gli era sembrata un nulla a confronto di quella sofferta nell' occhio destro.

Buono stato dell'occhio nel tempo della cura.

§. 13. Nelle prime ore del giorno 26 egli altro non accusava che una lagrimazione copiosa, la quale a sgorghi cadeva sulla guancia sinistra; ma non si notarono dolori. In seguito, nella notte del giorno 28, ed in quella del 29 provò qualche molestia all' occhio sinistro, ed alla fronte, e scaturirono molte lagrime cocenti dopo di che egli si sentì in perfetta calma, e le lagrime uscivano di rado, ridotto egli in tale stato ho aumentato il cibo, ed ho cercato nudrirlo bene senza mai ricorrere, nè a medicine, nè a sanguisughe.

Nessun dolore al sinistro, ma bensì al destro.

§. 14. Egli era solito dire, che non gli pareva essere stato sottoposto ad un' operazione, e che piuttosto qualche dolore si era ridestato ne' primi dì ai contorni dell' occhio destro, anzichè al sinistro.

Buono stato dell'occhio ai 12 dicembre.

§. 15. Nella mattina del 12 dicembre trovandosi egli in buono stato ho scoperto l'occhio, e riconobbe varj oggetti d' intorno a se.

Guarito il 21. dicembre, e riflessioni dell'infermo circa ai due metodi.

§. 16. Ben tosto applicai le consuete listine di drappo gommoso e ritenni all'oscuro il Rossi per tre altri giorni e nel dì 21 dicembre partì dalla clinica guarito perfettamente coll' occhio sinistro, egli aveva acquistato un' aspetto sano ed ilare, ma domandava che si tentasse la medesima operazione nell' occhio destro, non potendo persuadersi, che un metodo così lodato dai maestri, e creduto innocente gli avesse cagionato in quest' occhio, oltre i crudeli spasimi una perdita irreparabile dall'arte nostra.

STORIA II.

PARTE PRIMA

In cui descrivesi la cura di Alessandro de Nuziis.

§. 1. L' individuo assoggettato all' estrazione anteriore nel dì 13 dicembre 1817 era Alessandro de Nuziis d' anni 35 natio di Arienzo, il quale fino dall'età di anni 18 trovavasi colle cateratte; il temperamento di costui era astenico nervoso. Temperamento, e patria del cieco.

§. 2. Le cateratte erano di una tinta giallastra variegate di fosco, e trovandosi l' iride fosca, e la pupilla alquanto ristretta si sospettò di paralisi; avendo però conosciuto, che ad onta delle cateratte l' uomo potea discernere varie gradazioni di tinte, mi determinai all' operazione colla speranza di trovare igeneurosi, o almeno un leggiero grado di semi-ambliopia. Segni d' igieneurosi, e forma delle cateratte.

§. 3. All' occhio destro il taglio della cornea mi riuscì corto, ma avendolo fatto scendere fino al margine di essa, e considerando, che le cateratte esser doveano atrofiche non mi son curato di estenderne i confini. Giunto il coltello sopra la sclerotica venne intaccata la congiuntiva per lungo tratto, e si osservò un principio d' ifemia, vedi la Tav. III. Fig. 1, e 2. Taglio della cornea destra.

§. 4. All' occhio sinistro volli sperimentare un coltello arrivatomi allora da Parigi, e vidi l' occhio rivolgersi al canto interno sotto la punzione perchè questo penetrava a stento, e trapassò la cornea con lentezza vedi Fig. 4, e le contrazioni dell' occhio erano assai manifeste nel tempo del passaggio, talchè l' iride venne sotto al coltello; ma fu contusa senza venir tagliata, e frattanto la congiuntiva nel canto interno videsi spinta innanzi dalla punta dell' istromento non potendo questa traforarla a motivo, che si era piegata nel passaggio per causa di tempra assai molle. Taglio difficile al sinistro per causa di un coltello non bene temprato.

§. 5. Dopo tale esperimento sebbene i coltelli di questa fabbrica fossero molto eleganti ne' manichi, e nell' aspetto, deliberai di non più servirmene. Non volli più usare tali stromenti.

*

Lacerazione delle casule, ed uscita delle cateratte.

§. 6. Frattanto ho diviso per lungo ambedue le casule mediante il cistotomo, e vidi uscire a pezzi le cateratte, le quali però sfuggivano da quello, e dalle pinzette stante la loro mollezza, e quindi ho terminato di portarle fuori adoprando il cucchiajo di Dawiel Fig. 2. e facendo varie pressioni sulla cornea che obbligarono i pezzi di casula ad uscir fuori.

La casula sembra un velo fosco, che in certi momenti occupa la pupilla.

§. 7. Calmato l' infermo, e tenute le palpebre rinchiuse per alcuni istanti ritornando all'esame delle pupille vidi del fosco, che mi pareva poter essere la casula ricompostasi e venuta ad ingombrar la pupilla, ma ogni qualvolta io portava la pinzetta per afferrare questa casula, l' occhio mettevasi in contrazione, e la parte fosca nascondevasi dietro ai lati dell' iride. Feci varj tentativi, onde afferrare quella residua opacità mediante le pinzette singolarmente a destra, ma il timore di offendere o la jaloidea, o l' iride mi turbò talmente, che senza poter riuscire nel mio intento abbandonai quel tenuissimo panno fosco; calcolando, che oltre un certo confine è pericoloso insistere in queste ricerche.

Si scorgono le cateratte secondarie.

§. 8. Passati 16. giorni senza verun segno d' infiammazione grave abbiamo tolto via il drappo gommoso, ed esaminati gli occhi in una luce moderata si riconobbe, che le cateratte secondarie incominciavano a mostrarsi, e l' uomo dolevasi di avere acquistato un debolissimo grado di vista.

Infiammazione sviluppatasi in seguito.

§. 9. Passati quattro altri giorni nel qual tempo egli era continuamente afflitto, e sforzavasi di sperimentare i suoi occhi alla luce viva incominciò a svilupparsi un' iritide lenta nell' occhio sinistro, la quale si diffuse per l' intero organo, e terminò lasciando atresia con fusione di linfa nel margine pupillare, e picciolo offuscamento della cornea, ad onta che si fossero tentati varj mezzi, onde far cessare l' infiammazione.

CONTINUAZIONE DELLA STORIA II.

PARTE SECONDA

Intorno all' estrazione di una cateratta secondaria semplice eseguita all' occhio destro di Alessandro de Nuziis.

§. 1. Essendo ormai cessata l' irritazione dell' occhio destro, il quale poteva discernere chiaramente la luce dalle tenebre, ed i corpi bianchi verdi e rossi; nel dì 28 gennajo praticai di bel nuovo un taglio alla cornea di quest' occhio, ma essendomi riuscito troppo corto perchè l' assistente mi lasciò cadere in basso la palpebra superiore pria, che avessi compiuta la punzione, volli allungarlo dalla parte del canto interno, e piantato il coltello sopra il confine del taglio da questo lato lo feci penetrare nella camera anteriore, e spingendolo innanzi, come indica la Fig. 1. Tav. VIII. venni ad incontrare la prima ferita; ma non avendo potuto penetrare nella sua estremità restò un dentello al confine fra i due tagli che rendeva irregolare il lembo della ferita. Taglio della cornea destra eseguito in due tempi.

§. 2. Nel tempo dell' operazione or descritta ho cangiato assistente, perchè questi non era capace di aprirmi la palpebra superiore, e pareva troppo indifferente al buon successo; intanto mi avviddi, che la casula era alquanto rigida, e si era distaccata in basso dai legamenti cigliari, e quindi stimai poterla tirar fuori mediante la pinzetta dentata, che di fatti se ne impadronì, e la portò fuori tutta intera senza offendere menomamente l'iride; nel primo istante ho temuto che la casula portasse con se, o la coroidea, o l' iride; ma ben tosto si staccò felicemente, e rimanendo libera la pupilla il de Nuziis cominciò a vedere molti oggetti. Estrazione della casula, che formava la cateratta secondaria.

§. 3. Chiuso l' occhio al solito, e posto a letto l' infermo egli passò quietamente la notte, e mi disse aver risentita più molestia all' occhio sinistro che al destro, in seguito venendo egli curato colle solite diligenze si trovò guarito quest' occhio, e nel giorno 9 marzo uscì dalla clinica dando pruove di aver ricuperata la vista. Cure consecutive.

Riflessioni riguardo all'atresia del sinistro.

§. 4. Lo stato infelice dell'occhio sinistro fa pruova del danno che può arrecare un ferro troppo debole, e non affilato perfettamente, e la cateratta secondaria da me estratta serve a far conoscere la necessità di portar via per quanto è possibile il centro della casula.

Facilità con cui si è sviluppata l'iritide in questo.

§. 5. Ho per altro fatto considerare agli studenti, che in qualche altro caso l'uomo avea potuto sostenere uno stento molto più manifesto di quello, che avea eccitata l'iritide al destro occhio di costui senza verun danno, locchè dimostra una differenza notabile fra la suscettività de' varj soggetti.

Il destro ha sostenuto felicemente l'operazione.

§. 6. Abbiamo anche notato non esser commune ad osservarsi che dopo 45 giorni l'uomo possa sopportare una seconda operazione senza pericolo di grave infiammazione.

Buono stato osservato dopo molto tempo.

§. 7. Questo de Nuziis io l'ho incontrato nel dicembre del 1825 che poteva liberamente camminare colla guida dell' occhio destro, e nel sinistro vedevasi atresia con cateratta secondaria, e paralisi; la Fig. 3. Tav. VIII. è presa dall'occhio destro guarito dopo la seconda operazione ora descritta.

STORIA III.

In cui vien descritta la cura di Giovanni Persichillo.

Giorno dell'operazione, ed aspetto delle cateratte.

§. 1. Nel dì 12 febbrajo 1818 praticai l'estrazione anteriore in ambedue gli occhi di Giovanni Persichillo natio di Napoli d'anni 33. L'uomo era di temperamento astenico-linfatico, le cateratte erano albuminose con igieneurosi, gli occhi infossati, le cornee grandi, e le cateratte convesse, indizii, che doveano essere voluminose.

Taglio della cornea destra nel quale è stata compresa l'iride.

§. 2. Il taglio mi riuscì corto alla cornea sinistra, e nel praticare il destro non potei evitare di tagliar l'iride in basso, di modo, che ne risultò una seconda pupilla. Aperta la casula mediante il cistotomo (vedi Tav. IV. Fig. 1 a) volli tentare di far uscire la cateratta comprimendo la cornea in alto col dito Fig. 2, e vedendo, che la pupilla inferiore si apriva, e che la

lente minacciava d' uscir fuori per quella, mi ricordai dell' obbligo di dividere l' istimo, e ritirato il dito portai per la nuova pupilla il coltello tagliandolo per metà siccome dimostra la Fig.3. e 4. dopo di che uscì liberamente la cateratta, e la pupilla restò libera a perfezione, anche dalla casula ch' io portai fuori mediante il cistotomo.

§. 3. Allora feci conoscere ai miei uditori la necessità di tagliar l' istimo perchè in tre casi registrati nel mio giornale privato io avea osservato che essendo uscita fuori la cateratta per la nuova pupilla senza taglio dell' istimo, si era straziata l' iride, e dopo era venuta o l' emorragia, o l'iritide che avea finito coll'atresia della pupilla, e cateratta secondaria per fusione di linfa in tutti i tre casi. Utilità della recisione dell' istimo.

§. 4. Aperta dopo ciò la palpebra inferiore sinistra, e fatta pressione sulla sclerotica di quest' occhio si vide staccarsi la casula in basso, e la cateratta si presentò al passaggio avviluppata dall' iride in guisa ch' io temei di farvi contusione stante il suo volume considerabilissimo, vedi Fig. 5; ma essendo questa molle, ed albuminosa ho preso il cistotomo, e fatto colla punta di esso uno squarcio sulla casula volli tentare la divisione a romboidi insegnata dal Beer, e vidi, che quella ritiravasi in alto, ed il corpo della lente si spappolava in guisa che pochissimi residui molli rimanevano ad ingombrar la pupilla, e mediante il cucchiajo mi riuscì liberarla interamente sicchè si mostrò nerissima. Negli ultimi movimenti del cucchiajo vidi entrare una bollicina d' aria, che si pose dinanzi all' iride verso il canto interno, e la feci uscire mediante una pressione sulla sclerotica andando ad incontrarla col cucchiajo. Vedi Fig.7. In questo momento si lacerò la jaloidea, ed uscì qualche poco di vitreo. Estrazione della cateratta sinistra ridotta in pezzi.

§. 5. Abbandonato l' occhio sinistro feci pressione sulla cornea destra e si presentò la cateratta libera dall' iride, la ritirai mediante il cistotomo, ma essendo molle si spezzò, e ne rimase una quinta parte in alto, che portai fuori mediante il cucchiajo, e vedendo poi una porzione di casula divisa per metà la portai via mediante la pinzetta dentata. Estrazione della cateratta destra.

§. 6. Calmatosi l' uomo e riaperti gli occhi trovai ricomposta la cornea e le pupille, fuorchè un fiocco del vitreo manteneva Fiocco di vitreo a destra, e cornea ricomposta.

aperta la cornea destra, ma strofinandovi sopra la corrispondente palpebra il vitreo deciduo si staccò, e la cornea si ricompose bene.

Cura e buon esito manifesto subito.

§. 7. Si chiusero gl' occhi all' infermo secondo il solito, egli passò varj giorni in uno stato di perfetta quiete, e nel dì 7 marzo aperti gli occhi vide molto distintamente i corpi che lo circondavano.

Si tenne all'oscuro per tre giorni.

§. 8. In seguito fu tenuto all' oscuro, e cogli occhi bendati per tre altri giorni, e poi gradatamente venne rimesso alla luce.

Il Persichillo è sanato.

§. 9. Adi 28 marzo il Persichillo si trovò perfettamente guarito, e colla vista ricuperata in modo assai soddisfacente ad ambedue gli occhi. La pupilla sinistra era libera e centrale, la destra era un pò allungata verso la cicatrice, ma ambedue gli occhi vedevano egualmente bene.

STORIA IV.

Che riguarda la cura di Vincenza Iengo.

Stato degli occhi ed aspetto delle cateratte.

§. 1. Adi 28 marzo venne sottoposta all' estrazione anteriore delle cateratte in ambedue gli occhi Vincenza Jengo natia di Ponticello in età d' anni 63. La destra erasi formata circa due anni indietro, e la sinistra da 13 anni, la superficie di ambedue era aggrinzita, e principalmente quella dell'occhio destro aveva la tinta cinerea con qualche macchia gialla fosca simile alla tinta delle cateratte cornee, e la Jengo non altro potea distinguere, che la luce dalle tenebre.

Prognosi dubbia pei nervi.

§. 2. Nella mattina del 28 marzo radunati gli studenti feci conoscere che la prognosi era dubbia perchè le iridi presentavano aspetto fosco, e perchè, sebbene le cateratte avessero dei tratti semidiafani, ossia foschi, la donna non discerneva le gradazioni delle tinte, e mal conosceva il portafoglio rosso, che talvolta lo giudicava lucido, e fosco, altre volte di color roseo pallido; aggiungasi, che i movimenti dell' iride erano bensì frequenti ma falsi, vale a dire la pupilla si allargava nella viva luce, e poi presentava movimenti spasmodici senza che vi fosse mutazione nel grado di luce in cui trovavasi l'occhio.

§. 3. Oltre le consuete diligenze feci in questo caso applicare l' estratto di josciamo disciolto nell' acqua su ambedue i contorni delle palpebre, e sulla fronte, e ve lo lasciai stare per due ore, di maniera che le pupille si dilatarono mirabilmente, e mi proposi sperimentare una pinzetta, che io avea fatta eseguire a bella posta onde afferrare la casula prima del passaggio della lente, e portarla via prima di quella, se fosse possibile.

Cure preparatorie ed applicazione dell'estratto di josciamo.

§. 4. Una delle ricerche, che mi occupa spesso è diretta a trovare se fia possibile uno stromento con cui afferrare, e togliere la parte centrale della casula anteriore appena eseguito il taglio della cornea, perchè in questo momento essendo la casula in sito, e trovandosi un punto d' appoggio sulla cateratta, che stà ancora al suo posto si potrà sperare di portar via tutta la parte centrale di essa.

Perchè si sperimenti una pinzetta nuova.

§. 5. La pinzetta immaginata a questo oggetto vedesi rappresentata nella Tav. V. Fig. 3. Essa consiste in un asta d' oro lunga due pollici, e grossa una linea, e mezza, situata sopra un picciolo manico di ebano. Questa porta un cilindro aa. che vi cammina sopra liberamente, e che viene respinto da un verme b. egualmente d' oro, piantato verso l' articolazione della pinzetta, la quale è situata sull' estremità dell' asta, ed è formata come una picciola forbice, a cui serrando i manichi si chiudono le due estremità, ed aprendoli si aprono. I manichi vengono abbracciati da un anello elittico C. piantato sul cilindro mobile, il quale portandosi con esso in avanti serve ad aprir la pinzetta, e ritirandosi ne serra i manichi, e chiude le due estremità che vanno fornite di piccioli dentelli talchè nel chiudersi potrebbe serrare entro di se un capello. Perchè il cilindro vuoto porti innanzi i manichi della pinzetta e la spinga ad aprirsi non occorre altro fare, che spingerlo innanzi urtando contro le coronette dentate D. D. che si elevano su di esso in vicinanza al manico, ed allora apresi la pinzetta e si mette in contrazione il verme spirale, che per la sua elasticità respinge il cilindro, in questo movimento l' elissi C. C. urtando sopra i manichi serra la pinzetta con tutta la forza del verme spirale.

Struttura della nuova pinzetta.

§. 6. Questa pinzetta l' ho dunque sperimentata come siegue, ed ecco ciò che ho potuto conoscere nella sua applicazione.

Si darà conto del suo effetto.

La pinzetta nel sinist. occhio pizzicò l'iride unitamente alla casula.

§. 7. Eseguiti al solito i tagli delle cornee conobbi, che il sinistro era di giusta misura, e regolare, ma la pupilla erasi chiusa e la dilatazione ottenuta mediante lo josciamo era svanita, forse per lo fregamento dell'iride contro la cornea o per l'uscita dell'acqueo, e portata la pinzetta nella camera anteriore vidi, che questa nell'aprirsi dilatava grandemente i margini della ferita, e che le sue punte minacciavano di pizzicar l'iride nel chiudersi, o di urtarla contro la cateratta, quando si fosse divisato stringer la casula, come in fatti nell'afferrarla restò pizzicata l'iride sinistra e ne uscì del sangue, talchè fu d'uopo ritirar la pinzetta aprendone gli estremi.

Recisione dell'iride contusa.

§. 8. Veduta l'ifemia e temendosi dell'iritide portai nell'occhio un coltello da cateratta attraversai quel pezzo d'iride ch'era stato maltrattato; e tagliai il lembo formatosi mediante le forbici di Dawiel nel tempo stesso mi riuscì tagliare una grande porzione di casula, e mediante un cistotomo lanciato condussi fuori la lente presentatasi a nudo ajutandomi col dito che eseguiva pressione in alto della cornea, nel qual tempo condussi fuori tutta la casula e mi restò libera la pupilla.

Estrazione della cateratta destra.

§. 9. Esaminato l'altro occhio si trovò molto ristretta la pupilla in guisa che non volli porre in uso la nuova pinzetta, e lacerata al solito la casula mediante il cistotomo feci uscir la cateratta esercitando prima una pressione al di sotto della ferita, ma conosciuto avendo, che questa presentavasi avviluppata dall'iride, e minacciava di comprimerla fortemente portai la pressione al di sopra, e comprimendo la cornea vidi cambiar posizione la lente, talchè si mostrò l'orlo inferiore di essa a nudo, e venne fuori libera portando seco a pezzi la casula squarciata dall'ago.

Cura dell'inferma.

§. 10. Ricompostesi le cornee, e trovate libere le pupille feci chiudere le palpebre nel consueto modo, e la donna venne posta a letto, e tenuta colle solite diligenze. Nella notte del 28 marzo accusò dolore al capo, ed al contorno dell'occhio sinistro, segni d'incipiente iritide, e venne trattata con mignatte ai contorni delle palpebre, purghe nella mattina, e narcotici la sera, e così a poco a poco diminuì l'irritazione; che fino adi 3. aprile riaccendevasi ogni notte, e dopo andò a cessare lentamente.

§. 11. Adi 16. aprile si conobbe, che la donna non poteva discernere i corpi se non confusamente quantunque la pupilla dell' occhio destro fosse libera, la sinistra però erasi chiusa ad onta delle molte cure impiegate per sedare l' iritide. Stato degli occhi quando si sono riaperti.

§. 12. Io non ho creduto poter soccorrere l'occhio sinistro perchè la semi-ambliopia era palese nel destro, e doveva esser passata ad un grado più elevato in quell' occhio stante l' iritide sofferta; malattia, che sempre reca danno ai nervi. Perchè non si tentasse l'ectomia al sinistro.

§. 13. Questo esperimento mi ha determinato a non abbandonare le pinzette solite, e prender la casula dopo aver fatta uscire la lente, e mi ha convinto ognor più che ne' casi di cateratta fosca se l' uomo non conserva notabili gradi di forza visiva sicuramente i nervi si troveranno indeboliti. Consegnenze dedotte.

§. 14 La povera Jengo è dunque partita dalla clinica con un grado assai debole di forza visiva all' occhio destro, e persuasa, che niente di più avrebbe potuto sperare dall' arte nostra. Successo poco favorevole.

STORIA V.

In cui si espone la cura di Aniello de Matteo con cateratta all' occhio destro, e paralisi congiunta a sinizesi nel sinistro, già' sottoposto all' estrazione anteriore 20 anni fa.

§. 1. Aniello de Matteo d' anni 60 natio di Napoli si presentò con cateratta albuminosa all'occhio destro, e ci disse che 20 anni circa indietro era stata inutilmente praticata l'estrazione della cateratta all' occhio sinistro, il quale vedevasi con sinizesi, cateratta secondaria, e paralisi; talchè quest'occhio avea perduta anche la facoltà di percepire la luce, l' iride sinistra era di color fosco, e floscia colla pupilla eccentrica, ed attaccata alla cateratta secondaria. Stato degli occhi.

§. 2. Feci osservare agli astanti che nell' occhio destro vi erano i segni dell' igieneurosi, e che se avessimo ottenuto buon sucesso si sarebbe potuto dire, che noi mettevamo a confronto l'estrazione eseguita secondo le nostre regole con quella praticata Confronto che si vuol fare.

*

nella incertezza in cui si trovavano anche i buoni professori al cominciare di questo secolo.

Taglio della cornea destra e ferita sul naso.

§. 3. La mattina del 18 aprile avendo tutto diligentemente ordinato, feci colle solite regole il taglio della cornea destra, e mi riuscì bene fuorchè non potei evitare di pungere la cute sulla radice del naso, per la qual cosa fui costretto sospendere l'operazione e comprimere la picciola ferita, asciugare il sangue, e porvi sopra un pezzetto di drappo gommoso. Io ben sò che questi indugi, come anche non potersi mostrare incruenta l' operazione è sempre increscevole agli spettatori; ma non sempre si può ottenere quella perfezione, che si de idera.

Recisione della casula, ed estrazione della lente.

§. 4. Subito dopo lacerai col cistotomo solito la casula, ed appena fattavi un' incisione si vide la lente cader fuori libera dall' iride, nè fu possibile compiere lo squarcio di detta membrana. Caduta fuori la lente per forza della naturale contrazione dell' occhio osservai de' residui di casula in alto, che erano semi-trasparenti.

Pinzette portate sulla casula residua.

§. 5. Portai le pinzette nell'occhio onde estrarre la casula, ma i suoi lembi sfuggivano alle mie ricerche per la loro tenuità, e lasciai in abbandono l' infermo pel timore di straziar l' iride. In mezzo a queste indagini la palpebra inferiore s' insinuò nella ferita, e sotto una violenta contrazione si ruppe la jaloidea, e cadde fuori un pezzo del vitreo.

Ultimo tempo dell' operazione.

§. 6. Dopo quel prolasso i lembi della casula si ritirarono dietro all' iride, e non apparvero più; laonde io mi sono astenuto da ulteriori ricerche, e solo mi occupai di ricomporre la ferita strisciando la palpebra superiore dolcemente sull' occhio. Feci brevi esperienze riguardo alla forza visiva ricuperata, e l' uomo vide confusamente a motivo del vitreo, che usciva di continuo; ma ricompostasi la cornea rimanea di fuori soltanto una picciola cellulosità floscia dell' umore suddetto, e notando, che la pupilla si era molto abbassata, ed era libera concepii ottime speranze e chiusi le palpebre col solito drappo gommoso; mentre avea sollecitato l' uomo a volger l' occhio in alto.

Stato dell' infermo in seguito.

§. 7. A dì 19 Aprile và bene, e così in seguito fuorchè nel dì 21 notandosi stitichezza venne amministrata leggiera purga, e si trovò contento, a dì 24 venne replicata, adi 15 accusa qualche bru-

ciore, e prurito nell'occhio per effetto dell' infiammazione adesiva, e dopo và meglio.

§. 8. Adi 5 maggio scoperto l' occhio incomincia a vedere taluni oggetti e la pupilla si trova abbassata, e vicina al luogo della ferita, ma tutta libera. Vedi Tav. VII. Fig. 3. Stato dell' occhio a' 5. Maggio.

§. 9. Il debole grado di vista notato in questi primi giorni mi dava a temere una semi-ambliopia. Debole vista.

§. 10. In seguito si trovò migliorata la forza visiva, e nel dì 8 maggio il de Matteo uscì di clinica senza guida; ma colla vista assai debole, cosa che io giudicai doversi attribuire alla perdita del vitreo, che non ancora erasi riprodotto in copia sufficiente, ed in parte all' abbassamento della pupilla. Perchè la vista fosse debole.

§. 11. Si consideri inoltre, che l' uomo era di anni 60, epoca in cui quasi tutti per mancanza di umori sono presbiti, si aggiunga la perdita del cristallino, e quella avvenuta di una gran parte del vitreo, e si spiegherà l'imperfezione della vista. In fatti il de Matteo con occhiale da cateratta vedeva molto distintamente, ma per la sua naturale rozzezza non volle farne uso. Altre cause di debolezza.

§. 12. Passato appena un mese il de Matteo venne a trovarmi dicendomi avere acquistato un grado notabile di vista, siccome io mi attendeva, e soltanto domandava, che gli alzassi la pupilla perchè avea sentito a dire da uno de' miei scolari, che la pupilla era calata in basso e che se fosse stata più nel centro egli potrebbe veder meglio. Stato migliore in seguito.

§. 13. Io lo quietai subito dicendogli, che l'operazione di alzar la pupilla poteasi far prontamente; ma ch' egli avrebbe arrischiato di ridurre l'occhio destro nel medesimo stato in cui era il sinistro, e che sicuramente alzando la pupilla si sarebbe trovato un impedimento notabile, ossia un velo, che lo avrebbe ridotto quasi alla cecità in cui erasi trovato al principio d' aprile; locchè gli parve imprudente sperimentare dicendomi che era meglio aver la pupilla bassa, e vedere mediocremente, di quello chè averla alta ed essere cieco. Mia risposta.

§. 14. Qui abbiamo il caso in cui può dirsi, che *l' ottimo è nimico del buono*. Molte prove si accordano colla teorica per dimostrare, che quando la pupilla sarà fuor del centro la rifrazione de' raggi che cadono sulla retina sarà minore, e quindi Perchè la discesa della pupilla fosse utile.

i corpi visibili si riconosceranno con maggiore imperfezione; ma se nel centro della cornea vedevasi già discesa la casula, che io non avea potuto portar via; alzando la pupilla avrei trovato l' ingombramento cagionato da essa casula, e toglierla via sarebbe stato tentativo difficile, e pericoloso; perchè ho più fiate sperimentato, che se la casula trovasi confusa in mezzo alle cellette dell'umor vitreo queste la inviluppano in cotal guisa, che le pinzette non possono afferrarla perchè rifugge quando si serrano, e così dovendo insistere a lungo il vitreo cade, e l'iride viene sotto la pinzetta con pericolo di suscitare l' iritide, che può esser cagione dell' atresia ed anche dell' amaurosi osservata nell' occhio sinistro.

Cause della discesa della pupilla.

§. 15. Ho pensato più fiate doversi da ogni buon oculista indagare per quali cagioni la pupilla talora discenda in basso ed altre fiate conservi il suo posto, onde poter evitare per quanto fia possibile l'accennato cangiamento di posizione.

Il vitreo porta in basso la pupilla egualmente che l'ernia.

§. 16. Io credeva, che la pupilla discendesse unicamente allorquando era stata recisa una falda dell' iride, ma ho osservata la stessa deformità quando anche l' iride non era stata recisa, come lo fu nel caso presente, ed allora ho attribuito il fenomeno alla perdita del vitreo perchè vi era stato prolasso ed in questo caso il vitreo attraversava la pupilla, ed abbassava meccanicamente l' iride, e veramente nella maggior parte de' casi in cui vi è perdita del detto umore osservasi la deviazione della pupilla dopo finita la cura. Ho per altro osservato, che in quei casi in cui l'umor vitreo è molto fluido può caderne fuori una porzione considerabile senza, che la pupilla venga trasportata in basso, e finalmente ho notato, che taluni uomini quantunque l' iride fosse rimasta intatta, e conservato si fosse il vitreo, pur non dimeno a motivo della irrequietezza loro hanno scomposto i lembi della ferita, e sebbene al momento dell'operazione si trovasse la cornea ricomposta, la jaloidea intatta, e la pupilla nel centro, pure aperto l'occhio dopo 18 giorni si è trovata allungata.

Conclusione.

§. 17. Conchiuderò adunque dicendo, che la pupilla eccentrica può derivare, o da lesione dell'iride, o da rottura della jaloidea, o da un principio di ernia; ma che quest' ultima causa è la più commune ad osservarsi.

§. 18. Per giudicare se sia sempre utile da evitare questa eccentricità della pupilla basterà osservare che nel caso del de Matteo non avea potuto portar via dall' occhio altra porzione di casula se non quella situata in basso, e che la pupilla essendo eccentrica trovavasi rimpetto al luogo dove mancava la cateratta secondaria (vedi Tav. VII. Fig. 3.), e così il difetto portato dall' operazione avea condotto la pupilla al luogo più favorevole perchè l' uomo vedesse, cioè a quello dove era stata portata via la casula.

Perchè non sia sempre dannosa l' eccentricità della pupilla.

STORIA VI.

In cui narrasi la cura tentata nella persona di Berardino Varriano.

§. 1. Questo giovine avea cateratte giallognole, e rugose, con macchie bianche. Mostrandosi fosca l' iride, e ristretta, poco mobile la pupilla, e debolissimi i residui gradi di vista, giudicai doversi riguardare queste cateratte, come dipendenti da paralisi che avea determinata l'atrofia delle lenti, e feci osservare che ne' varj movimenti degli occhi erano tremule. Avvisai dunque gli studiosi, che l' operazione si tentava per soddisfare alla dotta curiosità di taluni, non che al vivo desiderio dell' infermo il quale volea pur tentare l' esperimento di un' operazione giudicata utile da molti professori, ma che vi era prognosi dubbia.

Pronostico.

§. 2. Berardino Varriano era in età d' anni 20 natio di Vinchiaturo in provincia di Campobasso, e di temperamento Linfatico-astenico.

Condizione ed età dell' uomo.

§. 3. Adi 22. aprile praticai il taglio della cornea sinistra, che riuscì bene, e subito dopo quello della destra, ed ambedue riuscirono secondo le regole perchè piantatovi il ferro, quantunque da principio gli occhi sembrassero agitatissimi ben tosto si fermarono.

Taglio delle cornee.

§. 4. Appena toccata la casula sinistra dal cistotomo la lente ch' era fusa se ne uscì mollissima, e la casula venne portata via colla pinzetta dentata traendo seco parte del vitreo aderente.

Estrazione della lente e casula sinistra.

Estrazione a destra.

§. 5. All' occhio destro l' umore del Morgagni uscì latticinoso, e la lente videsi spappolata. Nel prender la casula vedeasi il vitreo uscire, e questa ritiravasi in alto, sicchè nel volerla afferrare pizzicai l' iride, e ne uscì molto sangue.

Abbandono residui casulari.

§. 6. Abbandonai dunque i residui della casula per non tormentar più la detta membrana, quantunque ne' casi di paralisi conobbi che l' iride non và soggetta ad infiammarsi se non difficilmente.

Debole vista ad onda delle pupille sgombrate.

§. 7. Le cornee si sono tosto ricomposte e le pupille si mostravano sgombrate, ma l'uomo non diede segno di avere acquistato, che deboli gradi di vista.

Esito poco favorevole.

§. 8. In seguito si usarono tutte le solite diligenze, e nulla ebbe a soffrire l' infermo fino al dì 11. maggio nel quale aperti gli occhi riconobbe qualche corpo ma confusamente.

Debol grado di vista.

§. 9. Nel giorno 17 maggio l'abbiamo osservato in buona luce e si trovarono sanate le cornee, e libere le pupille, ma il Varriano se ne andò persuaso di avere acquistato unicamente quel debole grado di vista, che la debolezza de' suoi nervi poteva permettere essendovi una semi-ambliopia amaurotica.

STORIA VII.

In cui viene esposta la cura di Dimo Nestore che aveva cateratta all' occhio destro e l' altro sano.

Età e patria.

§. 1. Quest' uomo dell' Albania ex militare in età d' anni 50. si presentò desideroso di ricuperar l' occhio destro.

Perchè mi sia determinato.

§. 2. Il mio pronostico è stato alquanto dubbio perchè l'occhio era infossato e picciolo; ma il coraggio, che egli diceva d' avere, ed il vivo desiderio di ricuperar la vista che dimostrava, mi determinarono a tentar l'operazione.

Taglio della cornea in due tempi.

§. 3. Appena cominciata la punzione della cornea destra l' uomo si agitò moltissimo in guisa, che parvemi impossibile condurre a termine l' operazione, è già l' occhio si nascondeva all' angolo interno, e l'iride usciva per la picciola ferita incominciata a cagione delle forti contrazioni, talchè ritirato il coltello e calmato

di nuovo l'infermo ricominciai la punzione dalla parte del canto interno, e mi riuscì di farla portando la punta del coltello entro la prima ferita apertasi nel primo tentativo.

§. 4. Ad onta delle contrazioni l'iride non fu tagliata, l'uomo intanto era sempre più agitato, l'occhio si nascondeva, ma nondimeno mi riuscì di lacerare la casula nel centro e condur fuori la lente. Vedevansi de' fiocchi casulari al contorno della pupilla, nè fu possibile toglierli, e dopo molti stenti ho chiuso le palpebre nel consueto modo parendomi bastantemente distrutta la casula, e notando come cosa estraordinaria l'aver potuto conservare intatta la jaloidea. Lacerazione della casula, ed estrazione della lente.

§. 5. Questa operazione venne eseguita la mattina del dì 4 maggio, e nel dopo pranzo come l'infermo accusava qualche dolore gli venne applicata una mignatta, dopo di che andò bene fino al dì 16 nel qual giorno accusando egli stitichezza gli feci prendere una purga. Cura consecutiva.

§. 6. A dì 22 aperto l'occhio egli riconobbe molti oggetti, e nel dì 1. giugno uscì dalla clinica avendo ricuperata la vista, e solamente nel contorno della pupilla vedeansi due fiocchi casulari. Stato dell'infermo dopo.

§. 7. Quantunque l'occhio sinistro fosse tuttora sano il Nestore mostravasi molto contento di aver ricuperato l'occhio destro, perchè chiudendo l'altro egli potea vedere ogni cosa. Utilità dell'operazione.

STORIA VIII.

In cui narrasi la cura tentata dell'occhio sinistro di Gennaro Carbone.

§. 1. A dì 9 maggio praticai l'estrazione anteriore nell'occhio sinistro di Gennaro Carbone d'anni 55 natio di Marigliano. Età e patria.

§. 2. Nell'occhio destro osservavasi qualche principio di cateratta, e nel sinistro vi era cateratta dura senile cogl'indizii dell'igieneurosi. Stato dell'occhio.

§. 3. La prognosi è stata favorevole quantunque l'occhio fosse infossato perchè la camera anteriore era ampia. Prognosi favorevole.

Operazione. §. 4. Il taglio della cornea riuscì un pò corto, la casula fu ben lacerata, ed il corpo della lente si presentò inviluppato dall'iride, ma avendolo respinto in alto restò libero, ed uscì fuori mostrandosi sgombrata interamente la pupilla e ricuperata la vista, l'occhio nel momento si ricompose con felicità quantunque avesse perduto del vitreo.

Stato consecutivo. §. 5. Il Carbone non accusava dolori fino al dì 11 in questo dì venne applicata una mignatta, e si amministrò una purga al solito; ma ad onta delle nostre cure nel dì 24 esaminato l' occhio si è trovato in suppurazione. Fra i lembi della ferita vedeasi un fiocco del vitreo suppurato; e sotto la cornea mostravasi la suppurazione del corpo vitreo.

Causa del tristo evento. §. 6. Prendendo in esame ciò che avesse potuto dare origine a tale disgrazia, siamo stati assicurati, che nel dì 11 il Carbone era uscito dalla stanza, ed avea fatto de' movimenti disordinati deludendo l' infermiere di guardia, e poichè l' iritide non si era mostrata prima, nè l' iride era stata maltrattata, mi sembra chiaro doversi attribuire tale disgrazia ai movimenti di sordinati che hanno scomposta la cicatrice; tanto più che la palpebra inferiore si trovò entro ai lembi della ferita nel dì 24 e che questa era di qualità molto rigida nel tarso ed elevata estraordinariamente siccome io feci notare agli astanti.

Riflessioni dell' infermo. §. 7. In tale occasione l'infermo ci disse ch'egli trovavasi nello stato di prima restandogli sano l' occhio destro, e che avea tentata la sorte.

STORIA IX.

NELLA QUALE VIEN RIFERITO COME SI PRATICASSE L' ESTRAZIONE ANTERIORE DELLE CATERATTE AD AMBEDUE GLI OCCHI DI CARLO RICCIUTI.

Stato del Ricciuti. §. 1. Carlo Ricciuti d' anni 60 si presentò con cateratta senile secca, ossia dura ad ambedue gli occhi.

Pronostico. §. 2. Il pronostico è stato favorevole per l'igieneurosi quantunque si riconobbe esser egli debole e scorbutico.

§. 3. A dì 20 giugno praticai prima il taglio della cornea sinistra, che mi riuscì bene, ma un pò corto, ed a sbieco per essersi ritirata la cornea verso il canto interno, e mi determinai di allungarlo fin sulla sclerotica nell'atto di compierlo avendo portato bene l'occhio a fior d' orbita appena finita la punzione, talchè spingendo sempre innanzi il ferro giunsi ad intaccare la sclerotica, e tagliai una falda considerevole di congiuntiva sopra di essa. Taglio della cornea sinistra.

§. 4. Nel praticare il taglio della cornea destra appena finita la punzione l' iride si presentò sotto al ferro, e l' occhio si pose in contrazione violenta sicchè due porzioni d' iride, e molte stille dell' acqueo uscivano fuori dalla ferita, io però non volli evitare la detta membrana, e ne tagliai via netta una falda; sicchè ritirato il coltello questa vedevasi attaccata alla lama, e rimaneva prolungata la pupilla in basso, come dimostra la Fig. 2 Tav. VI. Taglio della cornea destra unitamente all'iride, ed ifemia.

§. 5. Riaperte le palpebre trovai l' ifemia, ma quella dell' occhio destro era più estesa, e più durevole perchè era stata recisa la congiuntiva. Ifemia trovata più notabile al destro.

§. 6. Estratti varj grumi di sangue lacerai la casula mediante il cistotomo, e la lente destra uscì fuori quasi spontaneamente, ma presentandosi due pezzi di casula vennero subito dopo tirati fuori mediante la pinzetta acuta. Uscita della lente destra.

§. 7. Per l' opposto non riuscì la cosa egualmente facile nell' occhio sinistro, mentre lacerata la casula, la lente non seguitava il cistotomo, e fatta pressione al di sotto della ferita si vide il vitreo sormontarla, e questa volgersi indietro non potendo uscire perchè i lembi del taglio la respingevano essendo fatti a sbieco siccome dimostra la Fig. 4 e 5 Tav. VI. Caduta della lente sinistra.

§. 8. Rimasta libera la pupilla sinistra per la caduta della lente, quantunque non si vedesse più la cateratta ed il Ricciuti mi assicurasse di aver ricuperata la vista non fui contento, ed introdotto l' ago uncinato del Beer per la pupilla di quest' occhio mediante una pressione eseguita sulla sclerotica feci risalire alcun poco la cateratta, e presala come si prenderebbe un pesce coll'amo la trassi fuori, dopo di che riposato l' uomo, ed aperti da lì a brevi istanti i suoi occhi, egli diede segno di vedere con ambedue, ma notai che il destro perdeva del vitreo. Estrazione della lente sinistra mediante l' uncino.

Stato degli occhi nel medesimo giorno.

§. 9. In questo medesimo giorno si notò che i dolori degli occhi erano andati decrescendo, e nella sera l' uomo non sentiva che un' asprezza al luogo delle ferite, ed un dolore quando avesse tentato di muovere gli occhi.

Migliore stato dell' infermo.

§. 10. In seguito non accusò mai dolori al contorno delle orbite; ma unicamente risentiva dolore, e bruciore negli occhi allorquando si raccoglievano molte lagrime in tempo di notte, uscite le quali lagrime calde gli occhi erano subito in calma.

Recisione dell'ernia a sinistra.

§. 11. A dì 11 luglio aperti gli occhi vede bene, ma osservasi picciola ernia all' occhio sinistro, che tosto ho recisa mediante le forbici a becco di grue, e feci chiuder le palpebre con listina di drappo gommoso.

Ambedue gli occhi guariti.

§. 12. A dì 26 il Ricciuti trovasi con ambedue gli occhi guariti le pupille sono allungate ugualmente, ma in alto si veggono residui di casula che potrebbero impedire la vista se la pupilla non fosse discesa.

STORIA X.

In cui si da' conto della cura di Tommaso Ferrara.

Età e condizione dell' uomo.

§. 1. A dì 27 giugno praticai l' estrazione anteriore ad ambedue gli occhi di Tommaso Ferrara d' anni 60 natio di Casoria di un temperamento astenico linfatico, e scorbutico.

Pronostico.

§. 2. Il mio pronostico fu buono quanto all' igieneurosi, ed esposi agli uditori che le cateratte esser doveano grandi e solide, come in ogni cateratta dura senile perchè vedevasi la lente di un giallo d' orzo, molto convessa, e scorgeasi nelle cornee l' arco senile.

Taglio a sinistra conforme alle regole.

§. 3. Disposto l' occorrente feci il taglio della cornea sinistra che mi riuscì conforme alle regole spiegate più sopra pag. 63 e seg.

L'occhio destro sfugge.

§. 4. Nel lato destro mentre il coltello eseguiva la punzione l' occhio si rivolse dal canto interno, e la punta rimase addietro sicchè fu d' uopo spingerla con nuovo impeto entro la ferita, e si ritardò alquanto il passaggio del ferro nel qual momento l' iride venne sotto la punta, e fu attraversata risultandone una seconda pupilla in basso, e formandosi l' istimo come nel caso di

Persichillo , ma compiuta la punzione essendomi trovato padrone dell' occhio lo ricondussi di nuovo in mezzo al campo delle palpebre e dopo spingendo la punta sempre innanzi ho dato compimento al taglio assai lentamente.

Recisione dell'istimo ed estrazione della cateratta destra molle.

§. 5. Senza altro aspettare introdussi per la ferita un coltello da cateratta e lo feci passar dietro all' istimo come indica la Fig. 3. Tav. IV. e si presentò la cateratta, che subito parve disposta ad uscire. Squarciata appena la casula di quest'occhio destro la lente si trovò molle come una pappa , e mediante un cucchiajo la portai fuori tutta intera non rimanendo, che un picciol lembo di casula in alto quasi invisibile , ma vedendo uscire una parte del vitreo abbandonai l' occhio.

Estrazione della cateratta sinistra.

§. 6. Nell' occhio sinistro io avea già osservato , che dopo il taglio della cornea la casula anteriore erasi distaccata nel basso , e la cateratta erasi presentata fra i lembi della ferita nel primo momento, ma riaperto l'occhio vidi la casula, che occupava metà della pupilla , e la lente s' era ritirata indietro ; stimai dunque poterla prendere mediante una pinzetta acuta , siccome mi riuscì perfettamente di eseguire locchè si dimostra nella Tav. VII. Fig. 4, e presentatasi di nuovo la cateratta dopo l'estrazione della casula cercai condurla fuori afferrandola mediante il cistotomo angolare che la trasse fuori siccome rappresenta la Fig. 5.

Cura consecutiva e formazione di ernia del vitreo.

§. 7. Liberate le pupille, e ricompostesi le cornee abbiamo usato le consuete diligenze. Nella notte del 14 il Ferrara accusò dolori al contorno delle orbite , e vennero applicate le mignatte con molto sollievo dell' infermo. A dì 16 luglio aperti gli occhi egli dà segno di vedere. Poi coll'occhio destro urta contro una tavola e scorgesi nel dì 26 un sacco della congiuntiva ripieno d' umor vitreo al luogo della cicatrice destra , che si era spezzata , e lo tagliai via. Nell' occhio sinistro erasi formata ernia dell' iride (vedi Tav. VII. Fig. 6.).

Recisione dell' ernia.

§. 8. Nel dì 31 ho praticata la recisione dell' ernia accennata comparsa nel sinistro occhio , e rimetto a letto l' infermo.

Stato degli occhi adi 14. Agos.

§. 9. A dì 14 agosto l' uomo è sanato , e vede bene si nota che la pupilla destra è poco allungata, ma la sinistra, quantunque l' iride fosse stata serbata intera nel momento dell' operazione , è

più deformata dell' altra per effetto dell' ernia , che sempre dà origine a discesa dell' iride , e che si è dovuta poi recidere.

Riflessioni utili in questo caso.

§. 10. Chi è dato alla pratica deve tener conto di questo caso in cui si è veduta rompersi la cicatrice destra 27 giorni dopo l'operazione , e sarà ben contento nel conoscere, che l' ernia sia stata guarita dopo la recisione , anche nel lato suddetto, ove era formata dal solo vitreo , e non dall' iride.

Parte in buono stato.

§. 11. A dì 14 agosto il Ferrara parte dalla clinica ricuperato nella vista , e sano ad ambedue gli occhi ; le pupille presentano la forma indicata dalle figure 3 e 6.

STORIA XI.

In cui viene esposta la cura di ambedue le cateratte nella persona di Domenico Percacciuolo.

Condizione dell' infermo.

§. 1. A dì 18 luglio ho praticato l' estrazione anteriore delle cateratte ad ambedue gli occhi di Domenico Percacciuolo da Gaivano , l' uomo era in età di anni 30 ed accusava asma , era sifilitico, scorbutico , e di temperamento astenico linfatico.

Condizioni degli occhi, e delle cateratte.

§. 2. I moti dell' iride erano piccioli , e le lenti sembravano nello stato d' atrofia perchè aveano la superficie rugosa, ed erano tremule ne' movimenti dell' occhio.

Forma degli occhi e delle cornee.

§. 3. La forma degli occhi è buona, le cornee sono picciole , l' uomo sembra alquanto stupido.

Taglio a sinistra.

§. 4. Il taglio della cornea sinistra mi riuscì perfetto essendo spaziosa l' apertura , e marginale , come rappresenta la Fig. 3. della Tav. IX.

Nel tagliare la cornea si comprende la congiuntiva.

§. 5. Il taglio destro mi riuscì egualmente bene quantunque il ferro si muovesse con lentezza nel passaggio , ed arrivasse sulla congiuntiva della sclerotica talchè subito si trovò l' ifemia, e fu d' uopo alzare la cornea, e tirar fuori grumi di sangue colla pinzetta acutà. Vedi Tav. IX. Fig. 1.

Estrazione dell' ifemia, e delle casule.

§. 6. Vuotato il sangue la lacerazione delle casule mi riuscì facile perchè erano molli , e le lenti si sono trovate in istato di

atrofia talchè ho impiegato il cucchiajo con molta utilità principalmente a sinistra. A destra restavano però due pezzi di casula che scendevano dall'alto ed erano tenaci e membranosi talchè non potendo portarli via mediante il cucchiajo gli ho tolti mediante la pinzetta dentata vedi Fig. 2. Nell'occhio sinistro l'uso del cucchajo ed una moderata pressione bastarono a portar via l' intera cateratta, ma siccome nel maneggio dell'accennato stromento era entrata una bolla d' aria Fig. 4., la portai via facendo una pressione sulla sclerotica ed incontrandola mediante la pinzetta dentata chiusa.

§. 7. L' uomo ci diede segno di vedere distintamente, e feci notare a' miei uditori, che le pupille rimanevano libere, e centrali, che le cornee si erano bene ricomposte, e la jaloidea era rimasta intatta. Buono stato delle pupille.

§. 8. Dopo queste riflessioni dichiarai che non vi era dunque ragione alcuna per dubitare della riuscita la più felice in questo caso ad onta del temperamento, e delle sfavorevoli discrasie. Pronostico buono dopo l' estrazione.

§. 9. Il giorno 19 l' uomo stà bene, e non accusa che il consueto scolo dell' acqueo. Buono stato consecutivo.

§. 10. Verso il far del giorno nel 20 luglio accusa leggieri dolori ad ambedue gli occhi, e si âpplicano due mignatte con notabile vantaggio. Utilità delle mignatte per l' incipiente iritide.

§. 11. Continua bene fino al 1 agosto, nella notte però avendo egli accusato nuovi dolori al contorno delle orbite, e negli occhi si applicano due mignatte con molta utilità. Seconda applicazione delle mignatte.

§. 12. In seguito và sempre migliorando, e nel dì 4 agosto scoperti gli occhi sembra sanato perfettamente, nè osservasi che un picciolo ingombro al contorno della pupilla sinistra in alto, egli ciò nulla ostante vede bene con ambedue gli occhi. Buono stato consecutivo.

§. 13. Adi 15 il Percacciuolo è partito dalla clinica dopo aver dato chiare pruove di aver ricuperata la vista egualmente bene ad ambedue gli occhi. Guarigione ottenuta.

STORIA XII.

In cui si da conto della cura praticata ad Antonia Bottigliera.

Epoca, età, ed aspetto delle cateratte.

§. 1. Il dì 25 luglio 1818 feci osservare che Antonia Bottigliera natia di Napoli d'anni 55 avea le cateratte albuminose senili, e la sinistra era più biancastra, nè quest' occhio vedeva i corpi; nel destro poi la cateratta sembrava più profonda era giallognola fosca, e quest' occhio distingueva ancora molti colori.

Pronostico.

§. 2. Pronosticai difficile l' operazione perchè gli occhi erano infossati, e le cornee grandi, locchè è un segno di cateratte voluminose vi erano però i segni dell'igieneurosi, nè mi faceva ostacolo essere la donna nervosa debole, e scorbutica.

Taglio della cornea sinistra.

§. 3. Il taglio della cornea sinistra mi riuscì bene; ma un pò corto non avendo potuto discendere fin sul margine di essa per una fretta mal calcolata di compierlo.

Taglio della destra.

§. 4. All'occhio destro, quantunque si pratichi colla mano sinistra, il taglio riuscì più esteso comprendendovi l' iride, e ne tagliai via la falda inferiore intaccando anche profondamente la casula.

Passaggio della lente sinistra.

§. 5. Il passaggio della lente riuscì stentato all' occhio sinistro perchè veniva inviluppata dall' iride, e portò seco del pigmento nero, in quest' occhio la casula formava dopo l' estrazione un tenuissimo velo alla pupilla nè fu tolto, che lacerando la jaloidea colla pinzetta dentata.

Passaggio della lente destra.

§. 6. Al destro la lente passò libera, ed i residui essendo molli e già staccati nell' atto di tagliar la cornea vennero portati via facilmente usando il cucchiajo.

Buono stato delle cornee.

§. 7. Riposata l' inferma e fattala poi camminare trovai le cornee ricomposte, e la donna vedeva; le ordinai di volgere in alto gli occhi, mentre io teneva le palpebre inferiori abbassate, e tosto applicai le strisce gommose.

Cura consecutiva.

§. 8. A dì 26 và bene, ma nella notte si applicò una mignatta ai contorni dell'occhio sinistro perchè accusava dolori, a dì 27 se ne applica un' altra, ed i dolori si calmano dopo le mignatte, indi non più si rinnovano.

§. 9. A dì 13 agosto sembra guarita, si aprono gli occhi e stà bene, e nel dì 15 esce di clinica in ottimo stato. Guarita felicemente.

§. 10. Questo caso giova a provare, che l' urto portato sull' iride nel passaggio della lente può dar principio a grave infiammazione, e ci ha convinti ognor più dell' utilità delle emissioni di sangue locali. Deduzioni pratiche.

§. 11. Ho fatto anche osservare a miei uditori il vantaggio che porta quasi sempre la recisione netta dell' iride, e si vide, che ad onta del taglio fattovi nell' occhio destro il margine inferiore s' era disteso, e la pupilla era quasi centrale. Recisione dell'iride utile.

§. 12. Nè al buon sucesso si oppose il temperamento, o le discrasie della inferma. Il temperamento e le discrasie non danneggiarono l' inferma.

CAPO XXVI.

In cui trattasi dell' estrazione anterior superiore.

§. 1. Uno de' più vivaci ingegni fra i nostri professori di chirurgia, il culto sig. Santorelli di Forlì propose verso l' anno 1800, e sostenne con calore l'utilità di aprire la cornea nella parte superiore, invece che nell' inferiore. Metodo superiore proposto dal Santorelli.

§. 2. A primo aspetto sembra utile aprire la cornea in alto per evitare la perdita dell'acqueo, e di qualche porzione del vitreo, come anche perchè la ferita trovandosi investita dalla palpebra superiore meglio che dalla inferiore; si ricompone con maggior facilità. Utilità attribuita a questo metodo.

§. 3. Per questi motivi il sullodato professore insegna doversi aprire la cornea immergendo nella sua parte superiore un coltello a foglia di mirto largo 3 linee circa, il quale discendendo dalla periferia vada fino al centro della casula (vedi Tav. X. Fig. 1.). Come insegni di aprire la cornea.

§. 4. Io sono stato assicurato, che tale pratica gli è riuscita più volte infelice, e lo comprovano le medesime storie da lui pubblicate, si osservò che più fiate egli ha dovuto lasciare la casula, e ne è venuta cateratta secondaria, e non di rado l' iritide, o la suppurazione ha seguitato simili tentativi. Tristi effetti notati in pratica.

I vantaggi si riconoscono illusorj da quanto osservasi nelle altre operazioni.

§. 5. Chi ha ben considerato ciò, che si passa nell'esercizio dell'estrazione anteriore solita a praticarsi, intenderà l'origine degli accennati inconvenienti, e comprenderà, che i vantaggi sperati da questo metodo sono illusorj.

Gli umori non escono solamente pel proprio peso.

§. 6. Basta considerare, che gli umori non tanto escono per la forza del proprio lor peso, quanto per le contrazioni dell'occhio, e da ciò si potrà dedurre che la loro perdita avrà luogo egualmente se il taglio sarà fatto in alto, oppure in basso.

Il taglio così praticato non può riuscire di misura.

§. 7. Ma inoltre si pratichi sull'occhio d'un cadavere il taglio della cornea nel modo più sopra descritto, e si vedrà non poter questo riuscire di giusta misura, e che sarà insufficiente a dar passaggio alle cateratte o dure o albuminose, le quali si presenteranno sempre avviluppate dall' iride con grave pericolo.

L'apertura delle palpebre e la necessità di forzare l'occhio a volgersi in basso recheranno danno.

§. 8. Chi ha sperimentato con quanta cura debbasi evitare di comprimere le palpebre dopo compiuto il taglio della cornea; e come sia utile portare a fine l'operazione senza mai più aprirle per intero, dal momento in cui è stata finita la punzione, intenderà il pericolo di tenerle molto divaricate, e di forzare l'uomo a volgere in basso l'occhio, onde scoprire la parte superiore della cornea, locchè è inevitabile quando il taglio sia fatto in alto. Fig. 2. e 3.

Pericoli notabili nel momento di usar le pinzette.

§. 9. Ma il maggior pericolo si esperimenterà discendendo obbliquamente colle pinzette al che fare ci obbliga l'arco sopracigliare che sporge in fuori, e le dirige contro l'iride, e porta allargamento de' margini della cornea ferita con pericolo che l'aria penetri nell'occhio, e ci obblighi a nuovi maneggi per farla uscire; aggiungasi, che in questo momento è facil cosa che l'occhio volgasi in alto improvvisamente, e porti l'iride ad urtare contro le pinzette, come ho spiegato trattando dell'ectomia praticata in alto (lib. II. pag. 247 e 250).

Il Dott. Jäger ha sostituito un coltello per far meglio il taglio.

§. 10. Il valente dottor Jäger ha ben calcolato la picciolezza del taglio, che si ottiene per l'immersione del coltello a foglia di mirto ed in questi ultimi tempi ha tentato di praticare il taglio in alto impiegando un doppio coltello atto a formare una ferita più estesa, ma egli non ha potuto ovviare nè alla dilatazione delle palpebre nè agl' inconvenienti notati nel maneggio delle pinzette.

§. 11. Questo nuovo coltello rappresenta due mezze lame del coltello di Beer, che scorrono l' una sull' altra, e prima eseguisce la punzione colla mezza lama fissa, indi spinge innanzi l' altra praticando così il compimento del taglio (vedi Tav. X. Fig. 5.). Forma del coltello suddetto.

§. 12. Ognuno intenderà che questo coltello passerà con maggiore stento de' nostri semplici, e ci obbligherà a comprimer le palpebre nell' ultimo tempo del taglio perchè trovasi voltato in alto, mentre nelle nostre pratiche ho raccomandato di lasciar cadere dolcemente la palpebra, e non terminare con precipitazione l' estrazione della cateratta. Inconvenienti inevitabili nell' uso di esso.

§. 13. Nel momento di toglier la casula siccome più sopra ho già dichiarato saremo costretti a discendere obbliquamente colle pinzette, e ad aprire con violenza la palpebra superiore obbligando anche l' infermo a volger l' occhio in basso locchè porta sempre dannose contrazioni, e dilatazione della ferita coll' ingresso dell' aria. Pericoli inevitabili nell' ultimo tempo.

§. 14. Queste contrazioni dovendo spinger fuori l' acqueo, e gran parte del vitreo, non lasciano luogo a sperare altro vantaggio dal metodo superiore, se non quello di una più facile ricomposizione della ferita, stantecchè la palpebra superiore tutta la investe, e vi discende sopra senza pericolo di penetrarvi ; ma contrabilancia a questo vantaggio il pericolo, che se materie purulente vengano separate dai contorni della ferita possano queste cadere nell' anterior camera, e diventare un fomite di suppurazione. Perdita parziale degli umori, e poca utilità della situazione del taglio.

§. 15. Gli accennati inconvenienti sono assai manifesti, nè possono compensare il picciolo vantaggio, che trar si potrebbe dalla men facile perdita dell' acqueo, o del vitreo. D' altronde questa non è di grave pericolo, e non ha luogo se non in caso di gravi contrazioni, e lacerazioni della jaloidea; disordini, i quali si potranno per lo più evitare nella pratica dell' estrazione inferiore perchè non si comprimono a lungo le palpebre, e le pinzette possono esser maneggiate a fior d'orbita senza urtare contro l' iride, nè allargare molto i margini della ferita. Perchè io non abbia stimato doversi tentare l' esposto metodo.

§. 16. Per le ragioni spiegate sembrami adunque inutile, ed anzi pericoloso metter questo metodo alle pruove dell' esperienza, e sembrami dimostrato doversi anteporre il consueto metodo; ma già ho notato che la maggior parte de' pratici è stata di questo Mancano sufficienti prove di esperienza.

*

parere, nè il sig. Santorelli ci offre una serie tale di esperimenti che possa darci coraggio bastante, onde imitarlo in questa pratica, sebbene debbansi commendare i suoi sforzi onde promuovere l' arte.

CAPO XXVII.

Intorno al metodo dell' esrazione laterale.

Debbo parlare del metodo laterale.

§. 1. Onde progredire coll'ordine addottato debbo ora spiegare ciò che riguarda l'estrazione laterale, che si eseguisce facendo passare e gli stromenti e la cateratta lateralmente alla cornea per un taglio praticato nella sclerotica verso il canto esterno dell' occhio.

Prima di venire all' operazione debbonsi praticare i precetti generali; ed avere l' agogite.

§. 2. Prima di venire all' operazione si dovrà, come in qualunque altro caso di ecraxis aver messo in pratica i quattro precetti generali, che ho spiegato più sopra pag. 54. e segu. ed esposti nel lib. II. pag. 110, e si aggiungerà all' armamentario consueto oltre i cistotomi, ed il cucchiajo, anche l' *agogite* del quale dò ora la descrizione.

Origine del vocabolo agogite.

§. 3. Il vocabolo *agogite* è derivato dalla voce greca *Ago*, che significa condurre, poichè indica esser questo l' istromento destinato a condur fuori la cateratta.

Descrizione dell' agogite.

§. 4. Consiste il mio agogite in una pinzetta d' oro terminata da due cucchiaj, uno de' quali è fermo sul manico (Vedi Tav. XI. Fig. 5.), l' altro è mobile in due sensi; poichè si può discostare dal precedente; ma tende a chiudersi per la forza di una molla, e può camminare indietro, ed innanzi finchè giunga rimpetto all'estremità del cucchiajo stabile, ed allora chiudesi come una pinzetta a molla abbracciando tutta la cateratta se vi sia portato addosso.

Forma de' cucchiai posti all' estremità dell' agogite.

§. 5. La forma, e dimensione de' due cucchiaj è proporzionata al volume, e forma delle cateratte, ed il cucchiajo fisso sul manico porta nella sua estremità una punta, che serve ad incominciare la separazione della casula nel mentre viene a chiudersi l'altro, e sotto a questa trovasi scolpito un solco nel quale và a cadere l'estremo lembo del cucchiajo mobile destinato a serrarvi la casula dentro qualunque volta fosse membranosa.

§. 6. Il cucchiajo mobile si articola sopra un pezzo di acciaro aa. sostenuto da un cilindretto mobile, che scorre per entro al manubrio del cucchiajo fisso b. b. e questo medesimo cilindretto porta seco la molla, che serve a ravvicinare le due estremità dell'agogite; cosicchè il cucchiajo mobile cammina portando seco il suo sostegno, e la sua molla che sta su quello appoggiata, e perciò i suoi movimenti riescono equabili e dolci.

Sostegno, ed articolazione del cucchiajo mobile.

PROBLEMA III.

Dato un caso di cateratta vera semplice eseguire l' estrazione laterale.

Reg. I. Mediante un coltello da cateratta si farà nella sclerotica un taglio lungo quattro linee circa, il quale aver deve una direzione paralella al margine della cornea verso il canto esterno, e dovrà trovarsi alla distanza di una linea e mezza circa dal margine di questa membrana vale a dire attraverserà il luogo destinato per la puntura in caso di depressione laterale (vedi Tav. XI. Fig. 2.).

Reg. II. Si porterà il cucchiajo fisso dell' agogite per entro alla ferita della sclerotica in modo che giunga dinanzi alla casula, e subitochè l'istromento osservato nel guardare attraverso alla cornea, ed alla pupilla sarà giunto sul lembo interno di essa si volgerà la sua punta in cotal guisa, che resti separata dai legamenti cigliari vicini e si spingerà innanzi il cucchiajo mobile in modo tale, che vada ad abbracciare la faccia posteriore del cristallino Fig. 3.

Reg. III. Lasciando agir la molla si avrà così abbracciata lente e casula, e si ritirerà con dolcezza l' agogite, che porterà seco l' intera cateratta; ma se rimanessero parti di essa spezzate nell' occhio, o se l'aria si fosse introdotta bisognerà aver cura di fare uscire il tutto o mediante il cucchiajo, o mediante le pinzette.

CAPO XXVIII.

In cui viene dilucidata la regola I. che riguarda il taglio della sclerotica.

Come si debba aprire la sclerotica e la coroidea.

§. 2. Credo che il migliore espediente per eseguire il taglio descritto nella regola prima sia quello di piantare un coltello da cateratta due linee al di sopra del punto in cui siamo soliti ferir questa membrana coll'ago nella pratica dell'abbassamento laterale, e discendere colla punta in basso di modo che la sclerotica resti traforata verso l' angolo esterno assieme colla coroidea nel luogo della zona cigliare. Bisognerà badare di non avvicinarsi troppo al margine della cornea, che altrimenti il coltello eseguirebbe una dialisi dell' iride, e si avrà cura di non scostarsene troppo onde non tagliare al di là della corona cigliare dove stà la retina.

Opportunità del luogo prescelto.

§. 2. Tagliando la sclerotica nel luogo indicato non si può ferire la retina poichè sappiamo, che quella membrana non arriva, che al confine della zona cigliare, ed abbiamo veduto potersi impunemente attraversare cogli aghi la sclerotica, e la coroidea per fino alla distanza di 4 linee dal confine della cornea; come usava il dottor Hey nel praticare la depressione.

Come si torni ad uscir fuori col ferro.

§. 3. Traforate le membrane la punta del coltello deve scendere in basso in maniera di traforare nuovamente la coroidea e la sclerotica alla distanza di tre linee circa dal luogo in cui si è piantato il coltello, e si procederà al compimento del taglio con lentezza affinchè la contrazione dell' occhio non faccia perdere molto umor vitreo, tenendo sempre il piatto del coltello parallelo al piano dell' iride (vedi Tav. XI. Fig. 2.)

Non si deve temere il vuotamento.

§. 4. Bisogna eseguire il taglio con franchezza, e senza comprimer l' occhio, e non vi sarà a temere il vuotamento.

Si sospende se la contrazione è violenta.

§. 5. Gioverà per altro sospendere il taglio quando si presentasse contrazione violenta, e terminarlo con molta lentezza dopo avere abbandonate le palpebre.

Fenomeno che si osserva nel passaggio.

§. 6. Nel momento del passaggio il coltello suole urtare contro la cateratta, ma ciò non farà senso veruno, come pure non si deve

temere verun danno se mai si staccasse l' iride dal margine della coroidea perchè queste parti con tutta facilità si ricompongono, ma questo fenomeno non si osserva, che allorquando il coltello passa troppo vicino all' iride.

CAPO XXIX.

In cui si dilucida la pratica della seconda regola.

§. 1. Questa regola non ha bisogno di molta dilucidazione essendo facile intendere, che per abbracciare la cateratta coi due cucchiaj gioverà portare prima il cucchiajo dentato dinanzi alla casula anteriore, e dopo far passare l' altro che è mobile sulla parte posteriore di essa in guisa, che lasciando agire la molla resti chiusa fra loro la cateratta. Debbo per altro confessare che praticando la prima parte di questa regola non ho incontrato difficoltà, ma bensì ne ho sperimentato molte nell'eseguire la seconda parte, poichè talvolta il cucchiajo non passava dietro alla cateratta, ma anzi entrando nell' occhio la respingeva fuori dall'agogite, e molte volte urtava contro i lembi della ferita, e la squarciava perchè non era stata bastevolmente aperta.

Come si debbano condurre i due cucchiai.

§. 2. È cosa degna d' osservazione che allorquando facciamo passare il cucchiajo dentato dietro dell' iride, se vi passa molto davvicino questa vedesi trasparente, come se l'iride fosse un sottil vetro color del tabacco di Spagna, cosa che serve a dimostrare quanto sia diafana questa membranella ad onta, che nol sembri a chiunque ne consideri il color fosco.

Trasparenza dell' iride osservata nel passare il cucchiajo dentato.

§. 3. Qualche volta il secondo cucchiajo nell' introdursi mi ha portato dell' aria nell' occhio, ed in questi casi sono stato attento a spingerla fuori.

L' aria portata nell'occhio dal secondo cucchiajo.

§. 4. Se si potesse formare un agogite il quale abbracciasse la cateratta senza tanto allargare la ferita, se fosse possibile condurla fuori tutta intera col solo ajuto del cucchiajo anteriore parmi, che l'operazione riuscir dovrebbe più facile, e sicura. Vorrei trovar modo d' imbrigliare lente, e casula o con fili d' oro, o di seta, e poi tirarla fuori.

Modificazioni immaginate finora.

CAPO XXX.

In cui spiegasi la regola III.

Si dovrà allungare il taglio, e tirarla fuori con altri stromenti.

§. 1. Non sarà difficile tirar fuori la cateratta qualunque volta il taglio della cornea sia riuscito abbastanza grande, e quando trovisi abbracciata dai cucchiaj dell'agogite, ma se per causa del suo volume uscisse con difficoltà non bisognerà ostinarsi a portarla via con violenza.

Perchè non si ritorni a prender la cateratta coll'agogite.

§. 2. In questo caso sarà miglior consiglio ritirar l'agogite ed abbandonarla per dilatare poi il taglio, e tirarla fuori o mediante l'uncino, o mediante le pinzette secondo si stimerà più conducente, io non replico l'introduzione dell'agogite perchè arreca grave molestia.

Gli sperimenti provano il danno di riportar l'agogite.

§. 3. Pur troppo ho notato nelle storie de' miei primi sperimenti, che allorquando era mestieri portare più d'una volta l'agogite nell'occhio l'irritazione determinava una gravissima oftalmia traumatica; e siccome la cateratta suole essere stata distaccata e squarciata dalla prima applicazione dell'agogite, se è molle si potrà condurla fuori mediante il cucchiajo di Dawiel, se è membranosa o solida si potrà impiegare o l'uncino o le pinzette.

Si farà uscire l'aria.

§. 4. Liberata così la pupilla innanzi di chiuder le palpebre si dovrà badare se vi fosse dell'aria nell'occhio, e questa si farà uscire mediante una conveniente pressione portandovi incontro o le pinzette o il cucchiajo di Dawiel, come si è detto parlando dell'estrazione anteriore.

Precauzione da usarsi nell'impiegare il cucchiajo.

§. 5. Si dovrà badare, che il cucchiajo di Dawiel qualunque volta deve esser portato nell'occhio sia prima riempito da qualche porzione dell'umor vitreo, onde evitare, che introduca dell'aria.

CAPO XXXI.

Nel quale si mettono a calcolo i vantaggi, che presenta l' estrazione laterale; confrontata colla anteriore.

§. 1. Si predicava da tutti i nostri maestri, che il taglio della cornea era pericoloso per le gravi infiammazioni da quello prodotte, e che era difficile a cicatrizzarsi stante la natura di quella membrana, e poi lasciava la pupilla deforme, in fine aggiugnevasi che l' infermo veniva esposto al vuotamento dell' occhio, ed all' emorragia qualunque volta o i muscoli si contraessero con violenza, o sorgesse la tosse, il singhiozzo, ed il vomito.

Critiche dichiarate contro il metodo dell' estrazione anteriore.

§. 2. Queste critiche fatte al metodo anteriore per una parte e l'incertezza in cui mi trovava per l'altra essendomi mancato il sucesso ne' primi sperimenti di abbassamento come spiegherò altrove e notato avendo che molte operazioni eseguite da abili maestri aveano incontrato esito infelice mi determinarono a tentare il metodo laterale parendomi questo l' unico espediente onde evitare l'incertezza dell'abbassamento, la recisione della cornea, e l'alterazione della pupilla, che tanto si temevano nella pratica usata fino allora.

Parevami che l' estrazione laterale giovasse ad evitare gl' inconvenienti de' metodi conosciuti.

§. 3. Oltre al vantaggio di poter lasciare intatta l' iride, e la cornea quando impiegasi il metodo laterale io calcolava moltissimo quello, che possiamo condurre facilmente l' agogite ad abbracciare le due convessità del cristallino; così la casula può con sicurezza venir tolta e distrutta perchè il cucchiajo anteriore tutta la investe e trova punto d' appoggio sul corpo cristallino.

Azione dell' agogite utilissima per togliere l' intera cateratta.

§. 4. Contrastava però con questi vantaggi il dubbio, che la grande ferita della sclerotica produr potesse infiammazione troppo violenta, oppure desse luogo ad una perdita dannosa dell' umor vitreo, ma per uscire da ogni dubbiezza bisognava tentare la via degli sperimenti, ed ecco quel tanto, che ho potuto notare in pratica.

Dubbiezze da togliersi per via della pratica.

CAPO XXXII.

In cui si dà conto degli sperimenti praticati col metodo laterale.

Primo esperimento fortunato.

§. 1. Verso l'autunno del 1810 incominciano gli sperimenti ed il primo tentato in Bassano, quantunque venisse praticato in un caso di cateratta secondaria da me creduta cateratta vera semplice non di meno riuscì felice perchè invece di staccarsi la cateratta dall'iride si distaccò l'iride dalla coroidea, e ne risultò una dialisi inaspettata per la quale il villico Antonio NN ricuperò notabile forza visiva, e soltanto un anno dopo lo ritrovai con perdita quasi totale della vista perchè quella membrana si era distesa e la nuova pupilla era scomparsa quasi interamente.

Assicurazioni dedotte da' primi sperimenti.

§. 2. La pronta guarigione della sclerotica, e la pochissima perdita del vitreo mi rassicurarono non doversi temere nè il vuotamento, nè la grave infiammazione, e questo sperimento mi servì a riconoscere la necessità di usare uno stromento meglio addattato delle pinzette ordinarie, allora da me impiegate onde condur fuori la cateratta.

Felice successo notato nella persona di Domenico Manfro.

§. 3. Feci dunque eseguire l'agogite, e praticai un secondo sperimento a Vicenza nell' occhio destro di Domenico Manfro tentando contemporaneamente nel sinistro occhio di questo giovanetto l' estrazione anteriore, ed il metodo laterale ottenne il più fortunato sucesso, quantunque non mancasse il buon esito neppure all' occhio sinistro, ma la pupilla rimaneva in questo ingombrata da residui di casula, e la guarigione della cornea riuscì a stento, mentre la sclerotica in men di otto giorni si trovò guarita.

Tre sperimenti infelici tentati a Padova.

§. 4. Venuta subito dopo l' epoca dell' apertura de' nuovi studj praticai tre altri sperimenti nella clinica dell'università di Padova verso la fine del mese di dicembre l' uno nell' occhio sinistro di certo Antonio Cavallaro, e gli altri in ambedue gli occhi di Giovanni N. N. da Vicenza, ma trovato avendo cateratte voluminose e dure vi fu molto stento nell'esecuzione, e troppo tardi conobbi che i coltelli a foglia di mirto aveano aperto piccioli tagli, per la qual cosa nell'estate del consecutivo anno osservando i due infermi conobbi, che il solo occhio destro di Antonio Cavallaro nel quale

erasi da me praticata l'estrazione anteriore, ricuperata avea la vista, e gli altri invece erano in istato di atresia per la grave iritide sofferta.

Tre fortunati sperimenti tentati in Bologna, ed un quarto infelice.

§. 5. Nella primavera del 1811 avendo perfezionato notabilmente l'agogite volli tentare novelli sperimenti in Bologna, perchè da Padova le notizie de' tre precedenti casi mi erano state mandate confuse, e piuttosto favorevoli; cosa, che riconobbi poi inesatta recandomi io stesso sul luogo come ho dichiarato. Frattanto pieno di fiducia per le notizie raccolte, e per la migliore costruzione de' miei stromenti, tentai quattro novelli sperimenti de' quali dà conto il dottor Odoardo Loder nel suo viaggio scientifico pubblicato a Lipsia nel 1817 ed avendo eseguito il metodo laterale ne' quattro occhi di Girolamo Rossi, e Susanna Fabbri si è trovato, che un solo andò sottoposto a grave iritide nella Fabbri perchè il taglio mi era riuscito picciolo, e la cateratta era senile e dura; ma gli altri tre occhi ricuperarono mirabilmente la vista, nè soffrirono il benchè menomo incommodo dopo l'operazione; talchè de' primi nove sperimenti cinque riuscirono con felicità guariti essendo gli occhi prontamente, e stabilmente senza nè ernia, nè deformità di pupilla, nè residui di casula.

Cause per cui otto sperimenti riuscirono infelici.

§. 6. Non così andò la cosa nel rimanente di quel medesimo anno poichè avendo io desiderato rendere ognor più taglienti i miei coltelli venni da un arrotino, il quale gli ridusse sottili in guisa che tagliavano benissimo la pelle de' battiloro, ma negli occhi si piegavano stante la durezza delle membrane e non le aprivano per quanto era mestieri, inoltre una modificazione portata negli agogiti mi riuscì piuttosto dannosa, che utile, perchè non più s' impadronivano della cateratta colla facilità di prima, e nel ritirarli s' impegnavano ne' margini della ferita; ragione per cui ben otto sperimenti tentati in Padova, ed in Verona ebbero esito infelice recando o atrofia, o atresia negli occhi de' nostri infermi.

Risoluzione presa a favore dell'estrazione anteriore.

§. 7. Disgustato da questi rincrescevoli avvenimenti, e notato avendo, che ne' tentativi di comparazione il metodo anteriore mi avea recato felicissimi effetti deliberai dare a questo la preferenza ed astenermi da qualunque pratica del metodo laterale fintantochè non mi riuscisse ridurre gli stromenti a cotal grado di perfezione da poter rendere molto probabile la felice riuscita.

Nuovi sperimenti usando altri coltelli, e nuovi agogiti.

§. 8. Per l'estate del 1813 avendo preparato coltelli di ottima tempra, fatti eseguire de' nuovi agogiti, e rincorato essendo dalla favorevole opinione, che il professore Matteucci di Forlì portava al nuovo metodo, ripigliai le mie indagini, e lasciato il coltello a foglia di mirto addottai di traforare la sclerotica mediante un coltello da cateratta, che dopo essere stato piantato sulla parte più elevata della sclerotica al canto esterno discende a terminar la punzione, e compie il taglio imitando quello che si pratica nella cornea vedi Tav. XI. Fig. 2.; la Fig. 1. rappresenta in che modo si praticasse il taglio ne' primi esperimenti, e si conosce a colpo d'occhio che il taglio fatto come indica la Fig. 2. riuscir deve più ampio.

Sei sperimenti de' quali cinque riuscirono felicemente.

§. 9. Sei furono gli esperimenti eseguiti in quell'anno, cinque de' quali ebbero ottimo sucesso principiando da Margh. Bondi Sarti, anzi nella persona di Francesco Baldelli il metodo laterale riportò vittoria; poichè in un occhio essendosi tentata l'estrazione anteriore questa riuscì infruttuosa per causa di cateratta secondaria, e nell'altro si ottenne dal nuovo metodo una felice guarigione, e più fortunatamente ancora questo erasi sperimentato in ambedue gli occhi di certa Maria Rambelli, poichè ambedue si guarirono prontamente, e ricuperarono la vista, quantunque l'inferma fosse artritica; scorbutica, e da molti anni giacente in un letto per contrazione degli arti inferiori conseguenza di dolori artritici pertinacissimi, e solamente restò infruttuosa l'operazione in un occhio di Catterina Gabellini, nella quale però anche l'occhio destro rimase ingombrato da residui di casula sebbene in questo si fosse praticata con molta diligenza l'estrazione anteriore. Il Sesto sperimento riuscì felice all'occhio sinistro di Giovanna Agostini.

Nuova conferma a favore dell'estrazione anteriore per causa di due sperimenti infelici.

§. 10. Ad onta di questi cinque casi favoreli i felici sucessi, che io di continuo otteneva col metodo anteriore mi determinarono a perfezionarmi in questa pratica e più raramente tentai l'estrazione laterale sicchè ho raccolto negli ultimi tredici anni quattro sole osservazioni la prima in certo Marco Gardenghi produsse atresia, mentre il metodo anteriore riuscì fortunato nell'occhio destro del medesimo, e quasi lo stesso si notò nel caso di Fiorentino Mazza in cui non era stato possibile estrarre intera la cateratta, e l'agogite dovè esser maneggiato con dello stento, e si perdè moltissimo vitreo, e molt'aria s'introdusse nell'occhio.

§. 11. Presi dopo questi due tentativi in considerazione tutti i casi preceduti e riconosciuto avendo che volere insistere a lungo nel maneggio dell' agogite è la stessa cosa, che andare incontro ad una violenta iritide, e per altro lato notato avendo, che in taluni sperimenti da me eseguiti onde riconoscere il valore dell' abbassamento, allorquando la cateratta non rimaneva prontamente abbassata, io avea eseguita nel medesimo occhio, e sul momento l' estrazione anteriore con ottima riuscita, deliberai tentare novelli sperimenti come siegue.

Osservazioni singolari che mi hanno determinato a fissare un nuovo piano di operazioni.

§. 12. Mi sono proposto di aprir la sclerotica mediante il taglio laterale, e subitochè con questo metodo s' incontrassero ostacoli, e che l' agogite per qualunque impedimento non potesse entrare con facilità, oppure non portasse fuori la cateratta intera, mi sono posto in mente di aprire la cornea, e ricorrere all' esecuzione dell' estrazione anteriore.

Progetto di praticare i due metodi ne' casi difficili.

§. 13. Ne' due ultimi tentativi eseguiti negli occhi di Vittoria Liberio, e Giuseppe Scarpa seguitai questo piano, e vedendo nel primo caso, che l' agogite si era lasciata sfuggire la cateratta, e che nel secondo un' ifemia grave sorgeva nell' atto dell' operazione ad ingombrare la camera anteriore e rendeva incerto il maneggio dell' istromento feci subito il taglio della cornea incominciando verso il canto interno e l' operazione venne terminata estraendo il sangue, e la cateratta per la cornea nel consueto modo la Fig. 4. Tav. X. è presa dall'occhio dello Scarpa, ed ambedue gl' infermi restarono guariti con mirabile felicità, anzi in quest' ultimo il sucesso dell' estrazione anteriore semplice praticata all'occhio sinistro riuscì meno felice che nell' occhio destro, sottoposto al metodo laterale misto.

Due sperimenti felici tentati col nuovo piano di operazione.

§. 14. Ora se vogliansi prendere ad esame i sucessi ottenuti nelle varie sperienze riguardo all' estrazione laterale risulta, che gl' individui sottoposti ai tentativi di questo genere sono stati 22 e gli occhi ne' quali venne sperimentato il nuovo metodo furono 25 de' quali 11 ottennero felice sucesso, locchè porta una perdita in ragione del 56 per cento, sucesso al certo infelice, ma se si vorrà paragonare colle incertezze fra le quali ognun di noi trovavasi al cominciare di questo secolo, e se si volesse comparare con quello che ottenevasi com-

Risultamenti ottenuti dal metodo laterale.

munemente e dagli oculisti di mestiere girovaghi, e da molti chirurghi, i quali per essere distratti da varie faccende non portavano la diligenza a quel grado che si richiede, si vedrà che non vi è punto ragione di riprovare i tentativi eseguiti per questo ramo di pratica, io mi ricordo aver registrato nove casi infelici sopra tredici operazioni eseguite da un valente maestro, ed undici infelici sopra dodici praticate da un oculista di professione girovago.

Perfezionamento a cui si potrà condurre il nuovo metodo.

§. 15. Non voglio però chiudere il presente discorso senza dichiarare, che se si giugnerà a stabilire con tutta precisione la misura, e la forma del taglio laterale fissando al coltello i punti di entrata, ed uscita, come trovasi già stabilito per la punzione della cornea, e se l' agogite potrà esser condotto a maggiore perfezione; oppure se potremo togliere ugualmente bene la cateratta mediante piccioli uncini, o mediante degli aghi si vedrà che l'esito riuscirà più felice, e forse un giorno il metodo laterale meriterà la preferenza.

Vantaggi che attualmente presenta il metodo anteriore.

§. 16. Io non sono alieno dal credere, che si potrebbero passare attraverso alla cateratta de' fili, o d' oro, o di seta, ed abbracciarla con questi senza veruno stento, e determinati colla massima precisione i confini del taglio si potrebbe condur fuori tutta intera con facilità; ma per ora le nostre pratiche, ed i molti risultamenti ottenuti per le ricerche di un secolo intero eseguite da sublimi ingegni, e da persone dotte hanno portato a cotal punto la pratica dell'estrazione anteriore, che non passiamo negare di sentirci più rassicurati. La forma del taglio per questo metodo è determinata con giusto calcolo, e sarà sempre soddisfacente per l'oculista quella facilità con cui la camera anteriore sgombrasi da qualunque materiale, e quella tendenza ad uscir fuori ch' egli riconoscerà nel corpo della lente sotto la contrazione e sotto le pressioni dell' occhio.

Speranze da lasciare ai posteri.

§. 17. Io lascio a' buoni ingegni calcolare se dobbiamo esser contenti de' sucessi, che si ottengono co' metodi generalmente addottati, o se si possa ancora dar corso a novelle indagini per promuovere l' arte, e meglio soccorrere l' umanità.

PROSPETTO N.° XIII.

Intorno al metodo laterale di Estrazione.

ANNO	MESE	NOME E COGNOME	CITTA'	METODO AD UN' OCCHIO.	METODO AL L' ALTRO.	ESITO
1810	Agosto	Antonio N. N.	Bassano	Distrutto	Estrazione laterale tentata.	Dialisi accidentale, felice 1.
id.	Settembre	Domenico Manfro	Vicenza	Estrazione laterale al destr.	Estraz. anteriore.	Felici 2. più al destro.
id.	Decembre	Antonio Cavallaro	Padova	Estrazione anteriore al dest.	Estraz. laterale al sinistro.	Sinizesi al sinistro, felice il destro.
id.	*id.*	Gio. N. N.	*id.*	Estrazione laterale.	*id.*	Infelice a due per atresia.
1811	Maggio	Susanna Fabbri	Bologna	*id.*	*id.*	Felice 1. iritide all' altro, e sinizesi.
id.	*id.*	Girolamo Rossi	*id.*	*id.*	*id.*	Felici ambedue.
id.	Giugno	Giovanna Golo	Padova	Cateratta incipiente.	*id.* al sinistro.	Resta ingombrato il sinistro.
id.	*id.*	Giacomo Moro	*id.*	Estrazione laterale.	Cateratta incipiente.	Iritide ed atrofia al destro.
id.	*id.*	Parroco N.° N.	*id.*	Cateratta incipiente.	Estrazione laterale al destro.	*id.* al destro.
id.	*id.*	Maria Menegazza	*id.*	*id.*	*id.*	*id.*
id.	*id.*	Marianna Ambrogi	*id.*	Estrazione laterale.	*id.*	Atrofia al destro, sinizesi al sinistro.
id.	*id.*	Margher. Giovannini	Verona	Estraz. later. tentata ed abbassam.	Cateratta incipiente.	Cateratta secondaria al sinistro.
id.	*id.*	Margher. Bertolini	*id.*	Estraz. laterale al destro.	Estraz. anteriore al sinistro.	Al destro iritide, e siniz. Il sinist. felice.
1813	Aprile	Margh. Bondi Sarti	Bologna	Estraz. anterior. al sinistro.	Estraz. laterale.	Felice ad ambedue.
id.	Giugno	Maria Rambelli	Forlì	Estraz. laterale	*id.*	*id.*
id.	Luglio.	Francesco Baldelli	*id.*	Estraz. anteriore al destro.	*id.* al sinistro.	Felici ambed. ma il dest. fosco da cater. second.
id.	Agosto	Caterina Gabellini	Rimino	*id.* al destro.	*id.* al sinistro.	Atresia al sinis. Cater. secondar. al destro.
id.	Settembre.	Giovanna Agostini	Pesaro	*id.* al destro.	*id.*	Felice più il sinistro, fosco il destro.
1814	Maggio	Marco Gardenghi	Bologna	Estraz. laterale al sinistro.	Estraz. anteriore al destro.	Ingombrato il sinist. il destro vede poco.
1815	Agosto	Fiorentino Mazza	Napoli	*id.*	*id.*	Atresia al sinistro felice il destro.
1826	Giugno	Vittoria Liberio	*id.*	Taglio later. ed estr. anteriore.	Estraz. anteriore	Felice il destro ed il sinistro.
id.	*id.*	Giuseppe Scarpa	*id.*	Taglio laterale a destro ed anteriore.	Estraz. anter. al sinistro.	Felice il sinistro, ma residui di casula. Felice più il destro.

Perdita alla ragione di 56 per 100. —— Occhi 25. assoggettati all'operazione - Felici n. 11.

CAPO XXXIII.

Intorno all' abbassamento laterale della cateratta.

Fondamento addottato nel classificare i metodi.

§. 1. Ogni lettore istruito da quanto finora ho esposto avrà concepito, che i metodi di estrazione esser non possono sennon due, anteriore, e laterale stantecchè i maestri dell' arte chirurgica hanno addottato l'uso di prendere per fondamento nella classificazione de' metodi, o le parti sulle quali si taglia, o il modo con cui vien trattata la parte viziata dal morbo; ma non mai la qualità degli stromenti nè altre picciole modificazioni, le quali potrebbero variare quasi direi all' infinito, e perciò neppure il metodo anterior superiore di estrazione può essere riguardato come distinto dagli altri giacchè vien tagliata la cornea così in questo caso; come nell' ordinaria pratica dell' estrazione anteriore.

Risultano tre metodi laterali e tre anteriori di abbassamento.

§. 2. Senza deviare da questi principj ho per altro distinto in sei metodi la pratica dell' abbassamento della cateratta comprendendo col vocabolo abbassamento qualunque operazione venga diretta a sgombrare la pupilla dalla cateratta senza tirar fuori l'organo cristallino offuscato, e siccome l' abbassamento può farsi, o mediante la depressione, o mediante la reclinazione, o la lacerazione della cateratta, così lo distinguo in due classi di metodi, e chiamo anteriore l' abbassamento che si eseguisce perforando la cornea, e laterale quello che vien praticato perforando la sclerotica e comincierò ora a trattare dell' abbassamento laterale per depressione.

PROBLEMA IV.

Dato un caso di cateratta vera semplice ottenere l'abbassamento praticando la depressione laterale.

Reg. I. Si farà penetrare un ago, o curvo o rettilineo attraverso alla sclerotica dalla parte dell'angolo esterno alla distanza di una linea e mezza dal margine della cornea, e si attraverserà con esso la coroidea, il vitreo ed anche il margine superiore della cateratta unitamente alla casula anteriore.

Reg. II. Penetrata la punta fino entro l'umore acqueo della camera posteriore si urterà in basso la cateratta in guisa, vedi Fig.2.Tav.XII., che la superficie anteriore della lente b. divenga inferiore e la posteriore a. divenga superiore A., e si manterrà depressa nell' umor vitreo finchè vi rimanga stabilmente.

Reg. III. Rimosso l'ago dalla cateratta questo si rialzerà e si porterà a livello del centro della pupilla osservandolo bene, e se qualche cosa rimanesse o si elevasse ad ingombrarla si toglierà nuovamente col mezzo dell'ago medesimo, se nò si potrà ritirarlo e si avrà cura dell' infermo al solito.

CAPO XXXIV.

In cui viene spiegata la regola I. che riguarda la punzione da eseguirsi coll' ago.

§. 1. I nostri antichi impiegavano un' ago retto conico simile a quelli da cucire piantato sopra un manubrio stabilmente; ma i moderni l' hanno fatto eseguire alquanto piatto, e larghetto, e ricurvo in vicinanza della punta, e vi hanno fatto varie mutazioni secondo le vedute a cui miravano; ma tutti insegnarono doversi attraversare sclerotica, coroidea, vitreo, lente, e casula in vicinanza al suo margine superiore pungendo anche i legamenti cigliari.

Aghi adoperati, e parti che vengono traforate.

§. 2. La maggior parte de' professori hanno fatto la punzione verso l'angolo esterno dividendo a metà quello spazio che rimane fra la cornea, e la riunione delle palpebre quando l' occhio riguarda l' operatore, e propongono ferir la sclerotica su di una linea, che circonda il globo dell' occhio tirata dal centro della pupilla e passata pel vertice dell' angolo formato dalla riunione delle palpebre al lato esterno; ma taluni moderni insegnarono doversi piantar l' ago, o sopra, o sotto di questa linea onde evitare un grosso nervetto, ed un' arteriuccia spesso ivi collocati; dovunque però si voglia pungere non vi è sicurezza di evitarli, e sono così tenui, che facilmente sfuggono, oppure se verranno colpiti saranno tosto troncati dall' ago medesimo.

Luogo destinato per la ferita della sclerotica.

Il Dottor Hey ha piantato l'ago molto indietro.

§. 3. Taluni hanno temuto di ferire troppo indietro, e danneggiare la retina, ma il dottor Bowen, e prima di questo il dottor Hey hanno chiaramente dimostrato, che si può ferir la sclerotica a tre, ed anche quattro linee di distanza dalla cornea senza cagionare nè grave infiammazione, nè amaurosi; difatti la retina non arriva, sennon a tre linee di distanza dal margine dentato della coroidea, quindi fra la periferia della cornea ed il lembo dentato a cui arriva la retina trovasi l'orbicolo cigliare e la zona cigliare.

Perchè non debbasi ferire troppo vicino alla cornea.

§. 4. Non devesi piantare l'ago troppo vicino alla cornea, poichè in tal caso troppo facilmente si staccherebbe l'iride dalla coroidea, nè si avrebbe una leva favorevole al maneggio da praticarsi sulla cateratta; e quantunque l'istromento venisse piantato molto indietro non ferirà la retina stante la posizione della zona cigliare, e stantechè attraversa la sclerotica obbliquamente alla sua densità.

Come si debba condurre l'ago curvo.

§. 5. Chiunque sia mediocremente abituato al maneggio degli stromenti conoscerà, che trattandosi d' introdurre un ago curvo non devesi procedere, come suol praticarsi quando si adopera un' ago retto, e perciò devesi portare la convessità sua con direzione paralella alla convessità del globo dell' occhio, e spinta appena la punta entro la sclerotica si dovrà per gradi rivolgere l' asta dell' ago verso l' interno dell' occhio in guisa, che possa penetrare nel corpo vitreo senza stento facendo camminare l'istromento secondo l' arco che vien descritto dalla sua estremità, e così potrà facilmente attraversare le membrane dell' occhio senza torcersi, e senza far soffrire dello stento all' infermo. (Vedi Tav. XII. Fig. 1.

CAPO XXXV.

In cui viene dilucidata la regola II. che costituisce propriamente la depressione.

Come si debba portar l'ago sulla cateratta.

§. 1. Subitochè l'ago introdotto per la sclerotica sia giunto alla parte superiore della cateratta, e ne abbia attraversato il margine, e la casula; non sarà difficile far discendere la punta dell'istromento alzandone il manico, ed obbligare così la cateratta a discendere. Prima però si dovrà rivolgere l'ago in tal modo, che la convessità sua, e non già la punta si trovi a contatto della cateratta senza essere impegnata nella sostanza di essa, e perchè possa urtare sopra una superficie più estesa, altrimenti sarà facile spezzare la cateratta, e non già farla discendere. Anzi ad onta di queste diligenze non sempre essa obbedisce all'urto dell'ago, ma sovvente si spezza.

Come operi l'ago sulla casula.

§. 2. Se la cateratta è molle vediamo l'ago attraversarla come ho detto senza condurla in basso, e senza liberar prontamente la pupilla, e molte volte ho notato, che la casula si squarciava, e non distaccavasi da' legamenti cigliari, altre volte è tenace, ed elastica in guisa, che staccasi dall'alto de' legamenti cigliari, e si abbassa, ma poi abbandonata riprende il suo posto, e si ricompone offuscando la pupilla.

Come si ricomponesse la casula.

§. 3. Non rare fiate ho notato nelle storie delle mie osservazioni, che la casula squarciavasi, la lente si reclinava quasi spontaneamente in vece di scendere in basso, come era mia intenzione, ma la pupilla rimaneva libera, e talvolta a poco a poco la detta membranella riprendeva il suo posto, e riunivasi, ed anche la lente stessa si rialzava e concorreva ad occupar la pupilla.

Casula elastica osservata in un caso di abbassamento.

§. 4. Nell'occhio della marchesa Gajoni caso d'operazione riportato nel prospetto n.° XIV. la casula era così tenace, che per quanto la facessi discendere tostocchè l'ago ritirava, essa ritornava ad occupar la pupilla, e volendo pungerla e metterla in pezzi la spinsi nella camera anteriore fino a contatto della cornea senza mai poterla nè traforare, nè dividere.

Difficoltà di togliere i fiocchetti che circondano la pupilla.

§. 5. Dicasi lo stesso de' pezzetti, ossia de' fiocchi casulari, i quali rimangono attorno alla pupilla, questi sono così ondeggianti e cedevoli, che di rado possono venir traforati, o staccati mediante l'ago, e per lo più urtandoli non si ottiene, che di nasconderli dietro l' iride e sovvente si fa contusione alla detta membrana.

Effetto non permanente dell' estratto di josciamo.

§. 6. Molti oculisti hanno suggerito applicare l' estratto di josciamo per dilatar la pupilla, e meglio dominare la cateratta, io non dirò, che sia inutile questa pratica; ma bensì posso dichiarare, che qualunque volta saremo obbligati di maneggiare a lungo l' ago si vedrà restringersi la pupilla perchè l' iride viene percossa dalla cateratta oppure soffre delle contusioni ne' varj movimenti dell' ago.

Cosa s' intendesse fare per situare la lente.

§. 7. Il Taylor ha insegnato che per evitare la resistenza dell' umor vitreo, il quale impedisce l' abbassamento si dovesse preparare un posto nel corpo di detto umore alla lente lacerandolo prima di abbassarla, ma ho tentato anche questo espediente senza veruna utilità.

CAPO XXXVI.

Se qualche cosa, o si rialzasse, o rimanesse della ceteratta ad ingombrar la pupilla si toglierà col medesimo ago.

Come si debbano separare i pezzetti di casula.

§. 1. Questo precetto è stato saggiamente dilucidato dal nostro maestro Scarpa, il quale fece conoscere, quanto facilmente i pezzetti della casula rimasti nel lume della pupilla possano distruggersi per via dell' assorbimento purchè vengano separati dalle vicine parti col mezzo dell' ago, e gettati nella camera anteriore, ed egli per tale oggetto raccomanda l' uso dell' ago curvo nella reclinazione perchè opportunissimo a separare i fiocchi casulari, e gettarli nella camera anteriore.

Talvolta devesi combattere a lungo coll'ago e l'iride viene irritata.

§. 2. È però da calcolarsi che talvolta bisogna a questo effetto combattere molto a lungo coll'ago siccome ho detto trovandosi sfuggevoli i detti residui, e nascondendosi questi dietro l' iride, e che in tali movimenti la detta membrana soffre degli urti, dicasi lo stesso,

quando la cateratta si rialza se bisognasse lottare a lungo. In fatti ho detto al §.6. pag. antecedente che sebbene la pupilla fosse dilatata mediante l'applicazione dell' estratto di josciamo, il solo ondeggiamento dell' acqueo basterebbe ad irritar l'iride, e determinare nel momento l' occlusione di essa vedi pag.138. storia IV. §. 7.

§. 3. Vi sono degli occhi , i quali reggono senza infiammarsi a lunghi maneggi dell' ago , ma ve ne sono, che non sopportano urto se non per brevissimi istanti, e vanno soggetti a grave iritide, talchè in dieciannove casi di abbassamento ho osservato con grande rammarico questa fatale infiammazione ben sei volte, nè sappiamo con sicurezza conoscere e determinare sino a qual punto fia lecito lottare coll' ago per abbandonare l' operazione, ancorchè incompleta, subitochè vi fosse pericolo della grave l' iritide.

Certi occhi reggono più, e certi meno al maneggio dell'ago.

§. 4. In qualche esperimento ho notato , che la cateratta rialzavasi perchè l'ago si era impegnato colla punta , o nella casula, o anche nella lente ; ed allora ebbi l' accorgimento di farlo ruotare fra le dita innanzi di ritirarlo senza smuovere le dette parti, e così è uscito fuori libero ; ma ad evitare questo inceppamento dell'ago i buoni maestri hanno dichiarato, che sarà utile dirigere la convessità oppure la porzione piatta di esso ad urtare contro la cateratta nell'atto di deprimerla perchè allora si agisce sopra un campo più largo, e la punta non resta impegnata trovandosi rivoltata in alto, ciò non di meno vi sono de' casi ne' quali la casula investe l' ago e la punta vi rimane impegnata ; e si vede qualche parte della cateratta, che si rialza ad ingombrar la pupilla tiratavi dall' ago, ne' quali casi gioverà farlo ruotare nel modo indicato.

Come si possa liberare la punta dell'agò, e come evitare che resti avviluppata.

CAPO XXXVII.

Intorno alla reclinazione laterale della cateratta.

§. 1. Il mio lettore avrà concepito come non di rado ancorchè si abbia intenzione di eseguire la depressione si pratichi invece la reclinazione del corpo cristallino , siccome nel capo XXXV. ho spiegato : vedi §. 3. pag. 171.

La reclinazione ha luogo invece della depressione.

Autori che hanno insegnato doversi fare la reclinazione.

§. 2. Molte osservazioni di questo avvenimento hanno portato i maestri dell' arte a prescrivere , che si facesse la reclinazione , e nel secolo passato si distinsero nel praticarla singolarmente il dottor Wilburg, ed il celebre Scarpa. Ultimamente poi questa operazione ha ricevuto utili schiarimenti per opera del professore Panizza (*vedi annotazioni anatomiche chirurgiche* Pavia 1821).

PROBLEMA V.

Dato un caso di cateratta vera semplice praticare l'abbassamento per reclinazione laterale.

Preparativi.

L' operazione si comincierà dopo aver disposto l' occorrente, e dopo avere applicato l'estratto di josciamo per dilatar la pupilla.

Reg. I. Mediante l' ago curvo del professore Scarpa si trafolerà sclerotica , e coroidea come nel problema antecedente , e si porterà la punta sopra il contorno della cateratta in alto finchè veggasi nell' umor acqueo della camera posteriore.

Reg. II. Si spingerà l' estremità dell' ago suddetto in guisa che la punta resti voltata verso l' iride, e percorra su tutto il diametro della casula anteriore tenendo in alto la convessità dell' ago e si spingerà verso i legamenti cigliari, che sono all' angolo interno.

Reg. III. Portato l' ago nel modo sopra descritto si volgerà la sua convessità contro la cateratta in maniera che urti sul terzo superiore di essa , e la obblighi a reclinarsi con tutta la casula (Vedi Tav. XII. Fig. 3.).

Reg. IV. Reclinata così la cateratta bisognerà tenervi l' ago sopra per qualche momento , indi se ne rialzerà la punta onde conoscere se rimanga depressa, ed in caso che si fosse lacerata, o che rimanessero fiocchi casulari ad ingombrar la pupilla, si dovranno spezzare, e distaccare i residui spingendoli nella camera anteriore ad uno ad uno come è stato spiegato più sopra al capo XXXVI.

CAPO XXXVIII.

In cui vengono dilucidati varii punti importanti alla precisa esecuzione di queste regole.

§. 1. Nel dilucidare l' antecedente problema ho spiegato abbastanza ciò che riguarda queste regole, e mi limiterò unicamente a parlare dell' uso de' varj aghi, che da molti autori sono stati raccomandati per eseguire la reclinazione.

Si è già spiegato quanto basta.

§. 2. Giovanni Adamo Schmidt si è servito per molti anni di un' ago curvo alquanto largo, il quale aveva la forma dell' ago lanciato, ma ricurvo vedi Tav. XII. Fig. 5. Il celebre Scarpa ha voluto anch' egli impiegare l' ago curvo, ma non volle che la punta fosse larga, nè che il manubrio scorresse con facilità entro la ferita, poichè anzi egli ha insegnato, che questo manubrio si facesse conico e crescente coll' idea di far argine agli umori, e mantenere l' occhio ben rigonfiato nel tempo dell' operazione, locchè dà molta facilità a distaccar la casula ed a tutto il maneggio necessario per liberar la pupilla. Vedi Tav. XIII. Fig. 5.

Autori che propongono gli aghi curvi.

§. 3. In questi ultimi tempi invece il professore Langenbeck ha impiegato per la ceratonisi un ago curvo più larghetto di quello di Scarpa, onde penetrasse nell' occhio tagliando le parti senza far contusione, e dotato di un collo sottile per evitare, che nel maneggiarlo non si portasse contusione ai margini della ferita, io me ne sono anche servito per la reclinazione laterale senza perdita sensibile degli umori; Vedi Tav. citata Fig. 6.

Forma dell'ago curvo di Langenbeck.

§. 4. Il celebre Doubois, e con esso lui molti altri hanno impiegato l' ago retto lanciato, che è il nostro cistotomo Tav. XIII. Fig. 6. questo trafora le parti con minore stento, e si apre una via più libera; ma non è tanto accomodato per l' ultima parte dell'operazione, allorchè vi sieno fiocchi di una casula tenace, che si debbano portare nella camera anteriore. Per la qual cosa non di rado ho cominciato l' operazione coll' ago lanciato, e quando ho trovato resistente la casula ritirai quello, e ne introdussi un altro curvo per la medesima ferita.

Ago lanciato usato dal Professore Doubois.

Come si possa isolare la cateratta in certi casi.

§. 5. Qualche volta riesce ottenere una felice reclinazione della cateratta agitando l' ago lanciato in mezzo al vitreo dietro alla lente, e poi passando con esso sul margine di essa, e lacerando la casula con attraversarla in varj luoghi. Più fiate nel tempo di questi movimenti da per se la lente cade arrovesciandosi, ed ha luogo la reclinazione, che porta la convessità anteriore della lente a rimaner di sopra, e la posteriore in basso; Tav. XIII. Fig. 5. ma tutto questo meccanismo riesce bene allorchè la lente è solida e la casula è molle, poichè quando tutte due sono molli lasciano passare, e ripassare l' ago e rimangono al loro sito, e quando la casula è membranosa, o tenace ordinariamente si divide in due o tre parti, e si nasconde dietro l' iride lasciando libera la pupilla ma facilmente ritorna al suo posto; che se poi fosse molto tenace, allora diventa elastica e non si distacca se non in qualche parte, sempre ritornando al suo posto.

Vantaggi che offrono gli aghi più larghi.

§. 6. In molti casi ho notato, che un ago il quale aprasi bene la via può agire più liberamente, e senza irritare i margini della ferita, locchè serve ad evitare le contrazioni del globo dell' occhio; talchè invece di far uscire maggior quantità di umori nell' atto dell' operazione, ne esce una minor copia quando l' ago abbia il collo sottile.

L'ago di Scarpa talvolta determina contrazione e perdita d'umori.

§. 7. Ho anche osservato più d'una volta, che impiegando l'ago di Scarpa, l'occhio mettevasi in una contrazione violenta, e lungo lo stesso manubrio mi faceva uscir fuori molte goccie dell' umor vitreo, per la qual cosa ho notato, che più fiate nella pratica o dell' abbassamento laterale, o della ceratonisi, ho posto in uso l' ago curvo di Schmidt, e quello di Langenbeck colla maggiore soddisfazione, e talvolta l'ago retto di Doubois vedi Tav.XIII.Fig.6., ma quelli due mi sono sembrati i più opportuni perchè ho sempre notato più forti irritazioni dopo le punture, e le contusioni, che dopo i taglietti eseguiti cogli aghi larghi.

CAPO XXXIX.

Intorno alla maniera di eseguire l'abbassamento per lacerazione ossia regole della lacerazione laterale.

§. 1. Tutti i buoni pratici hanno conosciuto, che la casula, quando non sia molle, nè inaridita forma il massimo ostacolo al buon sucesso dell' abbassamento, e che il corpo della lente per poco sarà stato urtato nel maneggio degli stromenti cadrà facilmente in basso da per se solo, e verrà disciolto ed assorbito sovvente col rinnovarsi dell' umor acqueo, talchè raro sarà il caso in cui la lente concorra a formare la cateratta secondaria.

Come si abbassi la lente nell' atto di lacerar la casula.

§. 2. Appoggiandosi a questi principii molti hanno insegnato doversi praticare la semplice lacerazione della cateratta ed attendere, che in seguito l'assorbimento porti da se la distruzione delle parti opache e renda libera la pupilla.

I moderni hanno perciò raccomandata la lacerazione.

§. 3. Il dottor Hey, e dietro gl' insegnamenti suoi il dottor Bowen hanno raccomandato questo metodo, il quale siccome è noto venne praticato con sufficiente fortuna dal dottor Adams in Inghilterra, in Italia dal Vaccà, e da altri molti in Germania, e fu anche seguitato singolarmente dal Buchhorn, colla differenza per altro ch' egli spingeva l'ago per entro alla cornea essendo stato inventore della ceratonisi.

Metodo eseguito da molti in Italia, ed in Germania.

§. 4. Fra i seguaci di questo metodo molti hanno creduto sommamente vantaggioso doversi agitare l' ago, ed attraversare con più direzioni la casula e gli umori in cotal guisa da mescolare insieme il vitreo, e l'acqueo onde obbligare il corpo vitreo a portarsi attraverso alla casula, e mantenerla squarciata, ragione per cui nominarono questa lacerazione, *depressione vitreo acquosa*, e dichiararono, che questa mescolanza degli umori rende quasi impossibile la formazione della cateratta secondaria; eccone le regole.

Mescolanza degli umori creduta utile.

PROBLEMA VI.

Dato un caso di cateratta vera semplice praticare l'abbassamento laterale mediante la lacerazione.

Reg. I. Disposte le cose occorrenti, ed ottenuta la dilatazione della pupilla mediante l'estratto di josciamo, si spingerà nel consueto modo un'ago curvo attraverso alla sclerotica ed alla coroidea piantato avendolo verso l'angolo esterno alla distanza di 3. linee dalla cornea vedi Tav. XII. Fig. 4. (il dottor Bowen servivasi dell'ago curvo del dottor Hey che è meno curvo ; più corto, e piatto di quello di Scarpa vedi Tav. XIII. Fig. 7.); e si spingerà nel vitreo, indi si urterà contro la periferia superiore della casula finchè la punta di esso giunga nella camera anteriore, o almeno veggasi dietro all' iride nell' umor acqueo della camera posteriore.

Reg. II. Ciò fatto si abbasserà la punta lanciata dell'ago per abbracciare buona porzione di casula, e si ritirerà prestamente indietro in guisa, che la detta membrana venga colpita, e lacerata, da mano a mano ripetendo i movimenti dall'innanzi all' indietro, e portando varj colpi dove si vede la casula, si cercherà metterla in pezzi, e nel tempo stesso dovendosi correre indietro ed innanzi per battere su tutta la superficie della casula si spingerà il vitreo innanzi e l' acqueo si ritirerà indietro in guisa di ottenere una mescolanza de' due umori ruotando l'ago in varj sensi, e facendo se fia possibile, che la casula resti distaccata da tutti i legamenti cigliari, dopo di che quella si vedrà cadere a brani, e con essa resterà depresso il corpo della lente quando fosse solida senza che l' oculista se ne occupi.

Reg. III. Se rimanessero pezzi di casula, che paressero attaccati alla periferia de' legamenti cigliari, bisognerà cercar di colpirli colla punta dell' ago per dividerli, e renderli possibilmente isolati, nè sarà necessario che la pupilla rimanga libera, purchè la cateratta sia ridotta in pezzi ed isolata, si potrà allora tenere per molto probabile che l'assorbimento, ed il rinnovamento degli umori porti la diafaneità della pupilla.

CAPO XL.

In cui si dà la spiegazione di varj punti di questa pratica.

§. 1. Chi ha letto la descrizione di questa operazione intende ch' essa differisce dalla reclinazione in ciò, che l' oculista si occupa principalmente della lacerazione della casula essendo quella che forma il principale ostacolo in tutti i casi di abbassamento, e non possiamo, se non lodare quell' avvertenza di spingere innanzi col medesimo ago qualche parte del vitreo ad occupare, se fia possibile, lo squarcio fatto nella casula.

Differenza di questo metodo dagli altri.

§. 2. Per riuscire più facilmente a spingere indietro la casula ed innanzi il corpo del vitreo giova, che l' ago sia larghetto, e molto incurvato nella sua estremità, come quello descritto dal dottor Hey (1); e sarà utile a dare una leva più favorevole all' ago, ed a potere far sì che domini la cateratta, trapassare la sclerotica molto indietro, come insegna il sullodato inglese niente affatto curandosi della retina, poichè ho già detto che si è potuto forare la sclerotica a tre, ed anche 4 linee di distanza dalla cornea senza, che perciò sorgessero fenomeni d' iritide, o indicanti alterazione alla retina.

Giova usar l'ago largo e trapassare la sclerotica indietro.

§. 3. Se la lente è molle non di rado essa si spezza assieme colla casula, e se è dura, come viene distaccata ne' varii movimenti dell' ago rimane così isolata, che vedesi nuotare nel vitreo ed a poco a poco da per se cade in basso, e fuori del livello della pupilla senza che l' oculista se ne sia occupato, ma se non discendesse, allora si farà la reclinazione.

Come operi l'ago sulle varie cateratte.

§. 4. Qualche volta però essa è tenace, e tanto in caso di cateratta membranosa, come in caso di cateratta arido-siliquata ho conosciuto, che ne' primi movimenti dell' ago la casula veniva divisa in due parti e nascondevasi dietro l' iride in cotal guisa che poi ricomponendosi poteva formare la cateratta secondaria.

Come si agisca nella casula membranosa.

(1) Vedi; Dizionario di Chirurgia del Cowper.

Quando occorre lottare coll'ago vi è pericolo.

§. 5. L' abbassamento laterale per lacerazione arreca talvolta felici risultamenti come abbiamo notato ne' casi di Criscuolo, Acampora, e Luciana pag. 181., ma quando si debba a lungo lottare coi residui di casula per liberar la pupilla non sappiamo fino a qual punto ciò possa farsi senza eccitare una dannosa iritide , ed ogni qual volta la casula nascondesi dietro l' iride non siamo certi , che possa ivi restare ; ma avremo anzi ragione di temere , che si distenda e si ricomponga, e formi una cateratta secondaria come ne' casi di Petrillo, e Ranzini ivi notati. Pur troppo invaghito di questo metodo pel sucesso osservato in due casi d' operazione tentata da miei colleghi mi determinai a praticarlo in ambedue gli occhi di Teresa Furlotti citata nel prospetto che segue , e con mio grave rincrescimento ho incontrato delle casule assai tenaci, e resistenti ossia elastiche in guisa che ho dovuto a lungo maneggiare l' ago, onde staccarle dalle parti aderenti, ed il mio desiderio di restituire questa infelice alla sua miserabile famiglia rimase deluso , perchè surse violenta iritide , ed ambedue gli occhi passarono a stato di atrofia quantunque avessi tentato i mezzi curativi dell' iritide con tutta dilingenza , e prontamente , che anzi io avea ricoverata la povera donna nella mia propria casa, onde essere più che mai sicuro della consecutiva cura.

Inconvenienti che si osservano spesso.

§. 6. Vediamo spesso nel tempo di questa operazione restringersi la pupilla, ed i frammenti della casula occuparla momentaneamente in guisa , che ben di rado con questo metodo si ha la soddisfazione di notare che l' uomo abbia ricuperata la vista sul punto , locchè rende gli astanti , e l' infermo poco soddisfatti del sucesso immediato.

Prospetto raccolto come siegue.

§. 7. Ho ridotto in un prospetto le storie de' casi di abbassamento laterale registrati , tanto nel mio giornale privato , come nel giornale di clinica , e da queste si raccoglie che avendo tentato in sedici persone , e sopra 19. occhi i varj metodi di abbassamento ; soli 7 ottennero felice esito locchè equivale ad una perdita di 63 circa per 100.

PROSPETTO N.° XIV.

In cui si notano gl'individui ne' quali venne praticato l'abbassamento laterale.

ANNO	MESE	NOME E COGNOME	LUOGO dell' ESERCIZIO	QUALITA' DELL' ABBASSAMENTO	ESITO
1810	Luglio.	Antonio Cavalli	Bassano	Depressione laterale ad ambedue gli occhi.	Cateratta secondar. al destro. Felice il sinistro.
id.	*id.*	Margherita Perla	Castelfranco	Reclinazione laterale all' occhio sinistro.	Iritide ed atrofia al sinistro, l'altro era distrutto prima.
id.	*id.*	Gaetano Faliva	*id.*	Depressione laterale ad ambedue gli occhi.	Iritide, ed atrofia ad ambedue gli occhi.
1811	Agosto	Lucia Baroni	Verona	Depressione di cateratta secondaria al sinistro.	Fiocchi casulari al sinistro esito felice, e vede.
id.	*id.*	Marchesa Gajoni	*id.*	Lacerazione later. all'occhio sinist. per due volte. Il destro era sano.	Cateratta second. e dopo iritide ed atrofia al sinistro.
1816	Giugno	Gaetano Criscuolo	Napoli	Estrazione anter. al destro. Depressione later. al sinist.	Felici ambedue.
id.	Decembre	Michele Negri	*id.* nel deposito Generale.	Reclinazione later. al destro dopo ectomia l'altro era distrutto prima.	Cateratta second. al destro; che poi venne estratta.
1821	Gennaro	Raffaela Festinese	*id.* nella clinica.	Depress. later. al destro dopo ectomia per complicazione.	Pupilla sgombrata, e poi cater. second. e sinizesi al dest.
1822	Settembre	Teresa Furlotti	*id.*	Lacerazione laterale ad ambedue gli occhi.	Grave iritide seguita da atresia al destr. atrofia al sinist.
id.	Maggio	Giuseppe Anastasio	*id.* nella clinica.	Depress. Celsiana al destro estraz. anteriore al sinistro.	Cateratta secondar. al destro lieve iritide al sinist. parte senza curarsi.
id.	Novembre	Gaetano Acampora	*id.*	Lacerazione later. al destro estraz. anteriore al sinistro.	Lieve iritide al destro, ernia al sinistro. Felici ambedue più il destro.
id.	*id.*	Virgilio Petrillo	*id.*	*idem*	Cateratta secondar. al destro. Felice al sinistro.
1823	Aprile	Luigi Berardi	*id.*	Reclinazione later. al destro estraz. anter. al sinistro.	Iritide lieve al destro. Felici ambedue.
id.	Maggio	Sabbato Ranzini	*id.*	*idem*	Cateratta second. quasi totale al destro; sinistro felice.
id.	*id.*	Marianna Luciana	*id.*	Laceraz. laterale al destro Estrazione al sinistro.	Fiocchi casulari al destro ma esito felice. Felice il sinistro.
1824	Settembre.	Luigia Maraldi	Cesena	Lacerazione later. al destro il sinistro era sano.	Esito buono, ma semi-ambliopia nervosa.

Individui n. 16. -- Occhi sottoposti all' abbassamento 19. -- Inutili operazioni 12. -- n. 7. felici.
Cateratte secondarie 6. -- Atrofia 6, equivale alla perdita di 63 circa per 100.

CAPO XLI.

Della ceratonisi o abbassamento anteriore.

Autori di questo metodo.

§. 1. Dobbiamo al celebre fisiologo Reil le prime idee su questa operazione, ma il dottor Buchhorn fu il primo a tentarne gli sperimenti, e ad esporre metodicamente la pratica di questo metodo pubblicando nell' anno 1811 : le teorie , e le osservazioni raccolte con somma diligenza, e ben tosto per la cura de' professori Langenbeck , Beer , Benedict, Jäger e tanti altri venne questa pratica sottoposta a varie modificazioni, e distinta in tre metodi.

Derivazione del vocabolo ceratonisi.

§. 2. Il vocabolo ceratonisi posto in uso dal sullodato Buchhorn esprime grecamente, che l' abbassamento si fa mediante punzione della cornea ; derivato essendo dalle voci Κερας cornea e νζττω punzione.

Tre maniere di abbassare la cateratta, e prima invenzione.

§. 3. Ferita che sia la cornea col solito ago è facile intendere che l' organo cristallino potrà venire abbassato o per via di lacerazione , o per reclinazione , o per depressione ; ma il primo di questi metodi essendo stato preferito agli altri dall' autore della Ceratonisi, io darò da quello principio al trattato attuale.

PROBLEMA VII.

Dato un caso di cateratta vera semplice praticare la lacerazione per ceratonisi , ossia l' incisione anteriore.

Reg. I. Disposto l'occorrente, ed ottenuta la dilatazione della pupilla nel consueto modo , si traforerà la cornea alquanto al disotto dal suo centro spingendo attraverso delle sue laminette un tenuissimo ago da cucire piantato fermo su di un manubrio, oppure un ago curvo simile a quello del professore Scarpa. Avvertasi , che per far penetrare l' ago curvo bisognerà introdurre la punta , e poi spingerlo come è spiegato più sopra alla pag. 170. §. 5. seguitando la curvatura dell' ago.

Reg.II. Quando sarà penetrato nella camera anteriore si dovrà spingerlo oltre il livello della pupilla, e si porterà attraverso alla casula in alto, indi si farà girare sul contorno di essa in guisa che la casula venga distaccata da' legamenti cigliari in tutta la sua periferia, e si attraverserà con esso tutta la sostanza della lente, e tutte le particelle di casula, che si vedessero ingombrar la pupilla finchè tutte queste parti restino isolate, e distaccate dalle parti viventi dell' occhio.

Reg. III. Tostocchè saremo sicuri, che non rimanga veruna porzione considerabile della cateratta, nè intera, nè vincolata coi legamenti cigliari si ritirerà a poco a poco l' ago e si chiuderà l' occhio avendo cura dell' infermo nel consueto modo.

CAPO XLII.

In cui vengono dilucidate le regole, e prendesi a considerare l' utilità, ed i pericoli di questo metodo.

§. 1. Vuolsi punger la cornea in vicinanza del suo centro, onde evitare l' offesa dell' iride, ma siccome la cicatrice potrebbe impedire il lume della pupilla si ferisce alquanto su di un lato.

Perchè non pungasi nel centro della cornea.

§. 2. I professori Beer, e Benedict hanno eseguita più fiate la lacerazione anteriore mediante un ago lanciato assai largo, e dotato di un' asta larga quanto la sua estremità vedi Tav. XII. Fig. 7. ma avendolo io adoprato nel caso di Todeschini, e della Gajetta, ho veduto che lascia un' apertura così ampia, la quale lascia cader fuori in copia l' umor acqueo, e la parte fluida del vitreo, e questi umori portano la lente, ed i residui della casula ad occupare lo spazio della pupilla.

Aghi larghi riusciti poco opportuni.

§. 3. Luminosi sperimenti mi hanno fatto conoscere questo pericolo; poichè qualunque volta anche nella pratica dell' estrazione anteriore ci contentiamo di veder libera la pupilla, e lasciamo la lente caduta in basso, sempre ha luogo la cateratta secondaria.

La cateratta secondaria ha luogo dopo tentata l' estrazione anteriore se il cristallino è stato abbassato solamente.

§. 4. Questo fenomeno erasi notato da più d' uno de' miei colleghi senza, che potessero indovinarne la causa prossima, ma ba-

Avvenimento osservato da altri.

sterà considerare che gli umori separati dal fondo dell' occhio sgorgano in copia dalla ferita nelle prime 24 ore, e s' intenderà come la cateratta galleggiando venga da essi portata verso il centro della ferita quasi direi per meccanica necessità.

Utilità di un ago sottile.

§. 5. Converrà dunque usare un ago tenuissimo nel fare l' abbassamento anteriore perchè se la ferita sarà picciola gli umori usciranno lentamente, e non potranno rialzare l' organo cristallino con impeto.

Causa dell' iritide.

§. 6. Ma un maggior pericolo sovrasta all' infermo in questi casi perchè se la lente è solida venendo spinta dall' urto degli umori a battere contro dell' iride suol determinare un' iritide alquanto grave, ed allora una linfa densa viene separata dall' uvea, e concorre a riunire i residui casulari, ed agglutinarli colla pupilla formando una cateratta secondaria con atresia ; oppure l' infiammazione si propaga alla coroidea , e cagiona atrofia dell' occhio.

Come si distrugga l' organo cristallino dopo.

§. 7. Molti maestri dell' arte hanno creduto , che ogni qualvolta la lente sia stata separata dagli organi , che la nudriscono e che la casula sia stata ben divisa , e disciolta in briccioli non possa aver luogo la formazione della cateratta secondaria; e questa opinione viene sostenuta dall' esperienza qualunque volta la cateratta sia molle , perchè è facile allora separarla e scompaginarla tutta, e le sue parti separate dai legamenti cigliari non ricevendo più nutrizione si disciolgono nell' umor acqueo , e vengono portate via col rinnovarsi di detto umore, in guisa che non rare fiate esaminando anatomicamente l' occhio dopo alcuni mesi dall' epoca di un' abbassamento non si è trovato più verun residuo dell' organo cristallino il quale avea formata la cateratta prima dell' operazione.

Casi di cateratta dura, e casula tenace , ed elastica.

§. 8. Non accade però lo stesso quando il nucleo sia cartilaginoso , e duro , come nella cateratta senile , o quando la casula sia membranosa tenace , ed elastica siccome trovasi nelle cateratte arido-siliquate , nelle congenite , e nelle traumatiche , ed infiammatorie , perchè in questi casi la casula è tenace, e per lo più cede all' ago senza rompersi quasi per nulla nè si stacca da' legamenti cigliari per quanto occorre , e dopo brevissimo tempo occupa di bel nuovo il lume della pupilla, come si è veduto nei casi di Cavalli , Negri, e Festinese. Vedi prospetto XIV.

§. 9. Ecco perchè nel cominciare la lacerazione si dovrà far girare l'ago su tutta la periferia onde separar la casula dai vicini legamenti ; in tal modo sembra certo , ch' essa rimaner debba da quelli divisa , e tutta la parte centrale restando isolata , e senza nutrizione potrà diventare atrofica, prosciugarsi, e disciogliersi, nel mentre che la lente per esser caduta in basso, e staccata da' suoi vasellini nutritivi passar deve allo stato di atrofia.

Utilità di far girar l' ago attorno alla casula, e staccare tutta la lente.

§. 10. Occorre però avvertire che onde separare la casula da' suoi legamenti non basta farvi un foro, oppure squarciarla nel mezzo , e separarla in qualche tratto dal corpo cigliare ; ma bisogna propriamente isolarne tutta la parte centrale , cosa che non si potrebbe ottenere qualunque volta l' operazione si limitasse a traforarla nel centro, ed agitar poi l' asta cilindrica , o conica dell' ago entro quel foro , bisogna dunque badare di urtare sulla casula per quanto fia possibile colla parte dell' ago vicina alla punta perchè essendo questa tagliente possa dividerla , ma non di meno quella trovasi alcuna volta così tenace nel suo tessuto , e così ondeggiante, che un'attento oculista potrà avvedersi, come non venga separata , e facilmente si squarcerà , s' incresperà ,' e si nasconderà dietro all'iride, in modo che ricomponendosi potrà dar principio alla cateratta secondaria.

Non basta forare la casula, ed agitar l' ago; ad onta di ciò può venire la cateratta secondaria.

§. 11. Dal fin quì detto si raccoglie che per riuscire siccome si desidera bisognerebbe, o che la cateratta fosse molle, quanto una ricotta, o che l' ago la dividesse e la spezzasse come potrebbe fare un rasojo, quando quella si mantenesse ben distesa in tutte le sue parti rimpetto al tagliente fino al termine dell'operazione, o che l'ago fosse come un ferro rovente, il quale toccando le parti le distruggesse.

Come si potrebbe riuscire a distrugger la casula.

§. 12. Forse riuscirebbe facile la distruzione della casula allorchè vi si portassero addosso due, o tre aghi a ferirla contemporaneamente in varj punti, e poi si chiudessero l'uno contro l'altro abbracciandola, come potrebbe farsi con una pinzetta; ma l'iride, e la cornea, che vi stanno dinanzi impediscono l' esecuzione di questo progetto.

Sarebbe utile portarvi addosso due o tre aghi e stringer la casula.

§.13. Il più delle volte sebbene la pupilla sia dilatata essa si restringe, e si addossa all'ago quando appena, s' incomincia a farlo girare attorno alla casula, talchè non si può eseguire se non uno squarcio parziale senza recar grave danno all'iride, ed il progetto di separar la casula in tutta la sua periferia non ha esecuzione.

Impedimento causato dall' iride che si restringe.

CAPO XLIII.

Intorno alla ceratonisi per Reclinazione.

Reclinazione tentata da Langenbeck.

§. 1. Subitochè il dottor Buchhorn fece gli esperimenti pubblicati nella sua memoria intitolata *Die Keratonixis Magdeburg* 1811. il professore Langenbeck esperimentò la reclinazione anteriore combinando colla punzione della cornea le regole della reclinazione laterale, che era già stata posta in uso dai seguaci de' precetti di Celso.

Quattro differenze portate all'ago curvo.

§. 2. Egli si serviva di un' ago simile a quello del professore Scarpa con quattro notabili cangiamenti, cioè questo era meno incurvato, più larghetto e tagliente verso l' estremità, senza la costa rialzata nella parte concava, e dotato di un collo molto sottile in vicinanza alla curva per tre linee di lunghezza. Vedi Tav. XIII. Fig. 6.

Opportunità di quest' ago.

§. 3. Quest' ago essendo meno curvo, e larghetto penetra facilmente; ed il suo collo può giuocare con libertà nel far la reclinazione, e non è poi tanto largo, come gli aghi lanciati, che usavano i professori Beer, e Benedict; sicchè apre una ferita bastevolmente angusta. Ciò premesso ecco le regole da tenersi.

PROBLEMA VIII.

Dato un caso di cateratta vera praticare la ceratonisi per reclinazione.

Reg. I. Disposte le cose occorrenti ed ottenuta la dilatazione della pupilla si pianterà l' ago curvo di Langenbeck nella cornea alla distanza di una linea dal centro, e verso l' angolo esterno, e la concavità di detto ago si dirigerà come se si volesse portarla in basso a ferire la casula fintantocchè tutta la densità di detta membrana sia stata attraversata.

Reg. II. Appena l' ago sarà penetrato colla sua maggiore larghezza nella camera anteriore si sentirà diminuire la resistenza, e si vedrà la sua punta nuotare nell' acqueo; allora si continuerà a

spingerla innanzi rivolgendola verso l' alto , e si dirigerà la convessità dell' ago contro la parte superiore della casula.

Reg. III. Quando l' istromento sarà giunto su di essa si volgerà alcun poco verso uno degli angoli dell' occhio e s' infosserà sempre più ; onde fare che quella si abbassi , e che la lente venga reclinata finchè rimanga libera la pupilla (Vedi Tav. XIII. Fig. 1.).

Reg. IV. Ottenuta la reclinazione dell' intera cateratta vi si terrà sopra l' ago per alcun tempo e poi si rialzerà dolcemente , e se si presentassero pezzi di casula questi si anderanno a prendere colla punta del medesimo ago, e si cercherà spezzarli e trasportarli nella camera anteriore o almeno separarli dalle vicine parti.

CAPO XLIV.

Riflessioni intorno all' uso di questo metodo.

§. 1. Quanto alle regole non aggiungo ulteriori spiegazioni parendomi dover bastare quel che ho detto ne' capi antecedenti. Dichiaro per altro, che la lacerazione spiegata di sopra, sembrami dover essere più conducente.

Le regole sono chiare, l'utilità parmi maggiore nella pratica della lacerazione.

§. 2. Infatti nell' atto di eseguire la reclinazione ho veduto quasi sempre reclinarsi il corpo del cristallino, ma la casula è rimasta squarciata nel mezzo senza discendere , e si nascondeva sui lati dietro all' iride in guisa che non si potea più ritrovare coll' ago , ed in questi casi dopo alcun tempo si ricomponeva ed occupava il lume della pupilla quando non avessi potuto eseguire anche la lacerazione oltre alla reclinazione.

La lente si reclinava, e la casula veniva lacerata e nascosta.

§. 3. Non di rado ho anche notato, che la cateratta nel discendere volgevasi a battere contro dell'iride, e determinava il restringimento della pupilla irritando quella membrana, e rendendoci al tempo stesso impossibile vedere i fiocchi casulari, e toglierli senza lesione dell' iride.

Pericolo di urtare contro dell'iride.

§. 4. In questi movimenti essendo fragile la cornea allargavasi la ferita , ed in seguito nello sgorgare che faceva l' acqueo la

Se la ferita era larga vedeasi rialzata la lente.

cateratta veniva ben presto a ricomporsi come se si fosse impiegato l' ago a manubrio largo vedi §. 2. pag. 183.

Pericolo maggiore nella reclinazione anteriore.

§. 5. Per causa di questo accidente si troverà più probabile che riesca l' abbassamento laterale, e dovendosi per tal ragione lottare coll' ago nelle vicinanze dell' iride vi sarà pericolo d' iritide, come ho notato accadere nel prospetto n. XVI. e come il professore Langenbeck ha pure osservato.

Sarà meglio lacerare e si vedrà abbassata lente, e casula.

§. 6. Sarà dunque miglior consiglio occuparsi della lacerazione che riuscirà principalmente ne' casi di cateratta molle, e si vedrà rompersi anche il nucleo della lente se fosse molle e rimaner libera la pupilla dopo un lungo maneggio. Ne' casi però in cui si trovasse il corpo della lente essere solido sarà ottima regola reclinarla quando da per se non fosse già discesa nel vitreo e così si eseguirà un metodo misto de' due, che sarà il più efficace.

Bisognerà fermar l' ago se gli umori s' intorbidano, ed aspettare.

§. 7. Qualunque volta nell' atto dell' operazione si vedessero parti fosche della cateratta nuotanti nell'aqueo ingombrar la pupilla basterà tener fermo l' ago per trenta, o quaranta secondi, e si vedranno cadere in basso le dette particelle.

CAPO XLV.

Precise notizie che riguardano gli esperimenti eseguiti con questo metodo.

Perchè si riferisca la storia di questo caso.

§. 1. Fra i cinquanta sperimenti di ceratonisi riportati nel prospetto XVI. che siegue, ve ne sono 34. di reclinazione, ma ne ho registrato uno nel corso di quest' anno 1818. di cui debbo dare la storia per attenermi al divisato sistema, ed essendo questa riuscita inutile, il lettore avrà qualche lume per ciò che riguarda l'incertezza inevitabile in questa pratica.

STORIA XIII.

In cui si da' conto della ceratonisi per reclinazione tentata nell' occhio destro di Gio: Adamo Aitel.

§. 1. Nel dì 28 marzo del citato anno disposto l' occorrente, ed ottenuta la dilatazione della pupilla nell'occhio del sudetto infermo che era in età d' anni 76. natio del Delfinato, praticai la reclinazione anteriore alla presenza de' nostri pratici, e di molti professori, i quali aveano mostrato desiderio di vedere qualche reclinazione. Reclinazione anteriore al destro.

§. 2. Confesso che fra tutti i metodi di abbassamento il meglio calcolato mi sembrava fino a quest' epoca la reclinazione anteriore di Langenbeck semplice, non avendo messa a calcolo la necessità di unirsi la lacerazione. Favorevole opinione pel metodo di Langenbeck.

§. 3. Ho preso dunque un' ago che mi era giunto allora da Gotinga ed attraversai con questo la cornea destra del vecchio Aitel dirigendo la punta entro la camera anteriore e tenendo la concavità sua rivolta in basso finchè metà della sua curvatura passò attraverso alla cornea, indi rivolsi la concavità del medesimo ago in alto, e la convessità verso la casula, e lo spinsi profondamente addentro, in guisa che urtò verso la parte superiore di essa, e si diresse verso l' angolo esterno attraversandola obbliquamente, e poi lo diressi in basso colla parte estrema cercando di reclinare lente, e casula. Mi avviddi, che la casula rimaneva squarciata, e la lente fu reclinata, ma nel tempo medesimo la pupilla si restrinse per l' agitazione degli umori, e per l'urto sofferto dall' iride e videsi perfettamente libera da cateratta, quasi in un batter d' occhio con soddisfazione di tutti noi. Come si ottenesse la reclinazione.

§. 4. Veduto, che appena toccata la cateratta erasi tutta abbassata io mi rivolsi agli spettatori dicendo. *Ecco un caso rarissimo, questa volta appena toccata la cateratta si è squarciata, e discese sotto al livello della pupilla; se tutte le cateratte fossero così facili a deprimersi io abbandonerei l' estrazione; ma non sempre, anzi rarissime fiate abbiamo la fortuna osservata oggi; e perciò andate cauti prima di stabilire una regola ge-* Mio pronostico felice.

nerale, i più provetti hanno in molti casi conosciuta la necessità di lottare a lungo innanzi di liberar la pupilla con danno dell' iride, e perciò sospenderanno il giudizio su questo metodo.

Nulla ebbe a soffrire.

§. Il nostro Aitel chiuse che furono le palpebre subito dopo aver egli dato pruove della ricuperata vista, ed essersi conosciuto da tutti noi che la pupilla rimaneva sgombrata fu messo a letto colle solite diligenze, e passò otto giorni in perfetta quiete senza verun segno d'iritide non accusando, che qualche passaggiero dolore.

Cateratta secondaria mostratasi pochi giorni dopo.

§. 6. A dì 13. aprile aperto l' occhio si osservarono de' cenci di casula nel contorno della pupilla, ed egli assicurava vedere i corpi come circondati da un velo; a dì 20. esaminato di bel nuovo si trovò più ingombrata la pupilla, e nel 27 aprile la vista era perduta, e tutta la pupilla occupata.

Non volle tentare l' operazione di questa cateratta secondaria.

§. 7. Avrei desiderato praticare dopo qualche altro giorno l'estrazione della cateratta secondaria, ma l' uomo era irresoluto e disgustato pel poco sucesso ottenuto; d' altronde egli adducevami per iscusa, che l' occhio sinistro non essendo interamente offuscato gli permetteva di guidare i suoi passi, e mi accertò che allorquando questo si fosse reso inutile, come lo era il destro, avrebbe voluto correr la sorte di un novello esperimento.

Come riesca impossibile tentare una seconda operazione.

§. 8. Questo paragrafo serve di risposta a molti maestri, i quali riguardano come un vantaggio dell' abbassamento la possibilità di ripeterlo quante volte ci piace, e parleranno in mia vece ben molti infelici, i quali rispondono non essere stupidi automi, e non voler più sottostare a novelli sperimenti, subitochè abbiano perduta la fiducia, che portavano all' operazione, oltre di che se vi è cateratta secondaria si può curare l' occhio anche dopo l' estrazione, ma se vi è atrofia tutto è finito ancorchè avesse preceduto l' abbassamento.

Buona riuscita dell'estrazione anteriore al sinistro.

§. 9. Finalmente il citato invalido trovandosi cieco per la cateratta secondaria destra, e per la formazione di una cateratta vera all'occhio sinistro, nel dì 30. novembre volle sottoporsi all'estrazione anteriore in quest' occhio, e verso il cominciare del 1819. ricuperò un mediocre grado di vista. Questa estrazione nemmeno potè dirsi fortunatissima essendovi ernia vasta dell' iride ed abbassa-

mento della pupilla in modo che la cicatrice ne offuscava grande porzione, egli però ricusava di sottomettersi ad un secondo sperimento per l'occhio destro, dicendomi esser contento di quel tanto che avea potuto riacquistare col sinistro.

PROBLEMA IX.

Dato un caso di cateratta vera semplice eseguire la depressione anteriore; ossia la depressione per ceratonisi.

Reg. I. Disposto l' occorrente, ed ottenuta la dilatazione della pupilla al solito; si porterà l' ago curvo, o meglio ancora un ago lanciato retto attraverso alla cornea dell' occhio viziato perforandola una linea al disotto del suo centro.

Reg. II. Dopo aver traforata la cornea si dirigerà la parte convessa, o il piatto dell' ago verso la parte superiore della cateratta, e si pianterà nella casula penetrando finchè la punta sia tutta immersa, ed appoggiata al margine superiore della lente.

Reg. III. Quando la parte più larga dell'ago urterà sul margine superiore della lente ed avrà attraversata la casula fino a penetrare nel vitreo, allora si spingerà detto istromento in basso onde portare con esso la cateratta, e se la lente non offrisse resistenza o non venisse spezzata essa discenderà in guisa, che la superficie anteriore diventerà inferiore, e la posteriore diventerà superiore. Vedi Tav. XIII. Fig. 3.

Reg. IV. Mantenuta depressa la cateratta per 30. secondi circa si ritirerà l' ago portandone prima la punta verso il centro della pupilla, e se rimanessero nel contorno de' fiocchi casulari questi si dovranno portar via nel modo indicato spiegando il problema VI, e VII.

CAPO XLVI.

In cui si considera l' efficacia del metodo descritto ora.

Perchè non si dieno ulteriori dilucidazioni.

§. 1. Non occorrono ulteriori dilucidazioni perchè quelle già esposte in riguardo agli antecedenti cinque problemi possono bastare anche per quest' ultimo.

Rari sperimenti di questo metodo.

§. 2. Ho sperimentato rare fiate questo metodo perchè ho veduto, che quasi sempre la casula viene squarciata dall' ago, e dopo bisogna praticare la lacerazione, e quando la lente sia molle essa pure si lacera, e non si abbassa, e se fosse dura, allora quasi sempre si arrovescierebbe da per se medesima, ed allorquando pur discendesse in basso direttamente si rialzerà, e tornerà ad occupare la pupilla non avendo un posto formato nel vitreo, e non avendo sopra di se una massa di detto umore, che possa tenerla abbassata.

Ragioni per cui ho preferito la lacerazione e la reclinazione, ed ho lasciato l' altro metodo anteriore.

§. 3. Per tutte queste ragioni qualunque volta dovessi tentare l' abbassamento abbandonerei la depressione or descritta, la quale si riduce quasi sempre alla pratica o della lacerazione o della reclinazione, e quando pur riesca non è molto durevole, e può facilmente dar principio alla cateratta secondaria.

I migliori pratici preferiscono la lacerazione.

§. 4. È cosa degna da osservarsi; che i migliori pratici de' nostri tempi, allorchè non ardiscano darsi alla estrazione anteriore, sono ristretti a commendare grandemente la lacerazione, o anteriore, o laterale, e di fatti siccome il maggiore ostacolo alla buona riuscita dell'abbassamento è la casula non abbiamo miglior mezzo per distruggerla, che quello di lacerarla. Un oculista adunque il quale, si occupi in principal modo della sua lacerazione potrà ottenere non di rado buoni risultamenti, ed usando molta attenzione potrà conoscere che se è molle anche la lente, questa si lacera assieme colla casula, se è dura ne' varj movimenti diretti a lacerare la casula questa si distacca da' suoi contorni, e và a cadere sotto il livello della pupilla, o reclinandosi, o deprimendosi da per se, ed allora il metodo riesce misto.

Gli anteriori sembrano i più favorevoli.

§. 5. I metodi anteriori mi sembrano potersi riguardare come innocui, poichè le picciole ferite della cornea sono di facile gua-

rigione, nè possono cagionare infiammazione grave, ma in pratica anche questi presentarono de' tristi risultamenti perchè la cateratta secondaria ha luogo egualmente, e riesce quasi inevitabile urtare o coll' ago, o colla cateratta contro dell' iride, e portarvi irritazione. I metodi laterali per lo contrario considerati in teoria offrono il vantaggio notabilissimo, che sebbene la ferita fosse alquanto larga lo sgorgo degli umori non farebbe rialzar la lente, nè ricomporrebbe la casula rimpetto alla pupilla; d'altronde io mi sono convinto, che il taglio largo diminuisce il pericolo della contusione operata dall'ago ne' margini della ferita, e che il maneggio di questo istromento riguardo alla casula riesce più efficace quando l'ago sia penetrato lateralmente a notabile distanza dalla cornea, ma in tutti i casi di abbassamento la maggiore incertezza dipende da non potersi prima indovinare quale grado di resistenza opporrà la cateratta, e dall' ignorare dopo sgombrata la pupilla come sia rimasta la casula, e come sia stata contusa l' iride.

§. 6. Ad onta di questi vantaggi che si possono calcolare a priori favorevoli ai metodi laterali, se vogliasi paragonare il prospetto XIV e XVI, si troverà che i risultamenti sono stati meno infelici nel praticare la ceratonisi, sembra per altro, che un influenza di cateratte più difficili ad abbassarsi abbia avuto luogo nel prospetto XIV, ma ciò prova ognor più l'incertezza di ambedue queste classi di metodi.

Gli esperimenti sono sfavorevoli all' abbassamento laterale.

§. 7. L' oculista che pratica l'abbassamento non si prefigge altra cosa se non di veder la pupilla sgombrata, ma colui che pratica l' estrazione vuol portar via la lente, e la parte centrale della casula. Guai ai nostri infermi, se altro non avessimo in mira che di restituir loro la vista pel momento, e veder libera la pupilla nel praticare l'estrazione, devesi toglier via il centro della casula come ho spiegato nel capo XII pag. 87; ma io mi trovo ormai inoltrato nella discussione, che riguarda la scelta del metodo, il quale formerà l'argomento del capo XLVIII. Il mio lettore osserverà nel prospetto XVI il ristretto delle storie da me raccolte riguardanti la ceratonisi; e troverà che la perdita è stata in ragione di 38 e $\frac{1}{2}$ per 100 circa; sono esclusi da questo varj casi ne' quali l'abbassamento pareva esser mancato, e quindi mi determinai ad eseguire l' estrazione, di questi darò notizia nel capo susseguente.

Cosa si prefigga l' oculista nel praticare l'estrazione.

CAPO XLVII.

Si dà conto di talune operazioni complicate riuscite con felicità.

Risoluzione presa per que' casi in cui l'ago trovasse molta resistenza.

§. 1. Fino dall' anno 1811. tentato avendo taluni sperimenti della ceratonisi colle più lusinghiere speranze, ebbi a notare che nell' atto dell' abbassamento il nucleo della lente, o anche la cataratta rioccupavano il campo della pupilla in guisa, ch' era d' uopo lottare lungamente con danno dell' iride, e che allorquando mi fossi ostinato l'occhio avrebbe passato pericolo d' infiammarsi, e se avessi ritirato l'ago vi sarebbe stata a temere la cateratta secondaria.

Ho trovato poco alterato l'organo cristallino per l'azione dell' ago.

§. 2. Riflettendo a questi pericoli, ed avendo osservato un caso nel quale un oculista avea tentato il metodo Celsiano, e trovata resistente la cateratta avea praticata subito dopo l'estrazione, senza, che ne venisse infiammazione grave, sull' appoggio di questo sperimento nell' anno 1813. deliberai di tentare qualche operazione per ceratonisi, e qualunque volta non mi paresse che l'ago riuscisse a sgombrare prontamente, e stabilmente la pupilla, era mio parere potere immediatamente ritirarlo, e passare all' estrazione anteriore.

Stato in cui si è trovato il cristallino.

§. 3. Ho raccolto sei osservazioni di questo genere ne' quali casi dopo avere aperta la cornea si trovò quasi intatto il corpo cristallino, che nell' atto della ceratonisi sembrava essere stato messo in pezzi, e ciò mi dimostra quanto sia facile illudersi in quella pratica a motivo, che le parti resistono all'ago e sono anche galleggianti.

Successo felice ottenuto riferito nel Prospetto XV.

§. 4. Il sucesso ottenuto dopo simili operazioni è stato osservato con ammirazione dagl' intelligenti e si troverà notato nel Prospetto XV. Ma io lascio all'accorto lettore investigare la spiegazione di tali sucessi avendo già sparso in questi libri quanto è sufficiente alla spiegazione di questa fortuna. Certo è che nessuno de' nostri infermi ha sofferto grave infiammazione, e che in tutti i sei casi finita la cura videsi libera e sana la pupilla, nè toglie al merito dell' operazione essersi trovata paralisi ne' due occhi del Bagolini, e del Borselli.

PROSPETTO N.° XV.

In cui si dà conto della ceratonisi non riuscita, e terminata col fare l' estrazione anteriore.

ANNO	NOME E COGNOME	LUOGO dell' ESERCIZIO	QUALITA' DELL' ABBASSAMENTO	ESITO
1813	Gio: Batt. Bagolini	Ferrara	Cateratta incipiente al destr. Reclinazione indi estraz. al sinistro.	Il destro non si tocca. Resta libera la pupilla al sinist. con paralisi.
id.	Giovan. Alessandrini	Bologna	Lacerazione ed estrazione al sinistro. Estraz. anterior. al destro.	Felice il sinistro dopo la ceratonisi inutile. Felice il destro.
id.	Domenica Gigli.	Cento	Cateratta incipiente al sinist. Reclinazione ed estraz. al destro.	Il sinistro non vien toccato. Felice il destro.
id.	Vittorio Borselli.	*idem*	Cateratta incipiente al destro Reclinazio. ed estrazione al sinistro.	Il destro intatto. Resta libero il sinistro, ma trovasi ambliopia.
id.	Giuseppe Tognelli	Ancona	Cateratta incipien. al destro Laceraz. inutile; indi estraz. anteriore al sinistro.	Il destro intatto. Felice il sinistro.
1815	Francesco Juda.	Napoli	Sano il destro. Reclinazione inutile indi estraz. al sinist.	Felice il sinistro.

Nel Bagolini ho praticata la ceratonisi per riconoscere lo stato de' nervi e parendomi trovarli sani ed essendo galleggiante la cateratta passai all' estrazione; ma liberata la pupilla i nervi son divenuti più deboli, e l' operazione restò quasi inutile.

PROSPETTO N.° XVI.

In cui vengono indicate tutte le operazioni di ceratonisi descritte ne' miei giornali.

ANNO	NOME E COGNOME	LUOGO dell' ESERCIZIO	QUALITA' DELL' OPERAZIONE	ESITO
1811	Gaetano Olivo	Verona	Estrazione anter. al sinistro. Reclinazione per ceratonisi al destro.	Felice al sinistro. Inutile al destro per cater. secondar.
id.	Vincenzo Todeschini	*idem*	Laceraz. al sinistro. Estrazione anteriore al destro.	Cateratta second. al sinistro, atrofia al destro.
1812	Catterina Gajetta	Venezia	Estrazione anter. al sinistro. Reclinazione al destro.	Felice al sinistro. Cateratta second. quasi totale al dest. Ma vede.
id.	Marina Mazzolene	*idem*	Reclinazione anter. al sinistr. Estraz. anter. al destro.	Felice al sinist. Spezzatosi il coltello suppuraz. ed atrofia al destro.
id.	Riccardo Casagrande	*idem*	Reclinazione *idem* Estrazione *idem*	Cateratta second. al sinistro. Felice il destro.
id.	Maria Sonelli	*idem*	Reclinazione al sinistro, il destro era distrutto.	Iritide, ed atrofia al sinistro.
1813	Abbate Fazio	Bologna	Lacerazione anter. al sinist. Caterat. incipiente al dest.	Cateratta second. al sinistro, e si trova paralisi.
id.	Francesca Carli	*idem*	Estrazione anter. al sinistro. Reclinaz. anter. al destro.	Felici ambedue.
id.	Rosa Restani	*idem*	Estrazione *idem* Reclinazione *idem*	*idem*
id.	Lorenzo Savorini	*idem*	Depressione anter. al sinist. Estraz. anter. al destro.	Suppurato il sinistro. Felice il destro.
id.	Rosa Barbieri	Cento	Lacerazione anter. al sinistr. Estrazione anter. al destro.	Iritide, ed atresia al sinistro. Felice al destro.
id.	Domenica Gavoni	*idem*	Estrazione anter. al sinistro. Reclinazione anter. al destr.	Felici ambedue.
id.	Demetrio Zanotti	*idem*	Il sinistro è sano. Reclinazione al destro.	Cateratta second. quasi totale al destro e vede.
id.	Catterina Tonini	*idem*	Reclinazione anter. al sinist. Estrazione anter. al destr.	Cateratta second. al sinistro. Felice al destro.
id.	Pietro Zangheri	Rimino	Lacerazione al sinistro. Cateratta incipien. al dest.	Inutile per cateratta second. al sinistro. Il destro non si tocca.

1813	Alessandro Bonini	Cesena	Cater. incip. al sinis. ed estraz. poi nel 1824. Laceraz. anter. al destro.	Ernia dell'iride non recisa al sinitro inutile estraz. Lacer. al dest. inutile per cat. secon.
1814	Cecilia Gardini	Bologna	Estrazione anter. al sinistro Reclinazione al destro.	Felice al sinistro. Inutile al destro per caterat. second.
id.	Pasquale Fallaro	*idem*	Depressione anter. al sinist. Estrazione anter. al destro.	Felici ambedue, piccola ernia al destro.
1815	Antonio Paolella	Napoli all'ospedale della Pace.	Lacerazione anter. ad ambedue gli occhi.	Felici ambedue.
id.	Gaetana Oliva	*idem* in clinica	Depressione anter. al sinist. Estrazione anter. al destro.	Felici ambedue.
1816	Gio: Ferdinan. Melito	*idem*	Estrazione anter. al sinistro. Depressione anter. al destr.	Felice al sinistro. Iritide ed atresia al destro con cater. secondaria.
id.	F.te Angelo da Muro	*idem*	Estrazione anter. al sinistro. Reclinazione al destro.	Suppuraz. ed atrofia al sinis. Felice il destro.
1817	Vincenzo Castaldi	*idem*	Estrazione *idem* Reclinazione *idem*	Felice al sinistro, ma residui di cateratta. Felice al destro più.
id.	M. Teresa de Marco	*idem*	Reclinazione anter. al sinist. Estrazione anter. al destro.	Felici ambedue, il destro più.
id.	Antonia Parmisano	*idem*	Reclinazione anter. al destr. Sano il sinistro.	Felice al destro.
id.	Gennaro Pica	*idem*	Reclinazione anter. al sinistro ripetuta. Sano il destro.	Cateratta second. al sinistro, iritide ed atrofia dopo.
id.	Vincenzo Palma	*idem*	Estrazione anter. al sinistro. Reclinaz. anter. al destro.	Felici ambedue.
id.	Giuseppe Fimiani	*idem*	Cateratta incip. al sinistro. Reclinaz. anter. al destro.	Il sinistro rimane intatto. Felice al destro.
id.	Marianna del Giudice	*idem*	Estrazione anter. al sinistro. Reclinaz. anter. al destro.	Felice al sinist. Fosco il dest. per cateratta second. totale.
id.	Carmina Gragnano	*idem*	Lacerazione al sinistro. Reclinaz. anter. al destro.	Il sinistro felice. Buono al destr. ma residui di casula e vede.
id.	Giovanni Beriello	*idem*	Estrazione anter. al sinistro. Reclinaz. anter. al destro.	Felice al sinistro. Cateratta second. fosca al destro, e non vede.
id.	Vincenzo de Vajo	*idem*	Estrazione *idem* Reclinazione *idem*	Felici ambedue.
id.	Domen. M. Valentini	*idem*	Reclinazione anteriore ad ambedue.	*idem*
id.	Cono Spinelli	*idem*	*idem*	Felice al destro. Offuscato da caterat. secondar. il sinist.
id.	Teresa Nappa	*idem*	Estrazione anter. al sinistro. Reclinaz. anter. al destro.	Felici ambedue, quantunque acido sul destro.
id.	M. Teresa Acampora	*idem*	Reclinaz. anter. ad ambedue indi estraz. di catt. second.	Atrofia al destro. Cateratta second. al sinist. indi estrazione felice al medesimo.
id.	Nunziante Cafierri	*idem*	Estrazione anter. al sinistro. Reclinaz. anter. al destro.	Felici ambedue.

1817	Domenico Danese	Napoli, in casa propria	Reclinazione anter. al sinist. cateratta incip. al destro.	Fiocchi casulari al sinistro ma vede. Intatto il destro.
1818	Gio: Adamo Aitel	*idem* in clinica	Cateratta incip. al sinistro. Reclinaz. anter. al destro.	Cateratta second. al destro inutile. Intatto il sinistro.
id.	Domenico Cataldi	*idem*	Reclinaz. anter. ad ambedue.	Felice al sinistro. Cateratta second. al destro e non vede.
id.	Carmela Cardone	*idem* in casa prop.	Il sinistro era sano. Reclinazione anter. al destro.	Intatto il sinistro. Felice al destro.
id.	Aniello Giordano	*idem* in clinica	Reclinazione anter. al destro. Cateratta incip. al sinistro.	Buono al destro ma paralisi.
id.	Maria della Torre	*id.* in Santa Chiara	Estrazione anter. al sinistro. Reclinaz. anter. al destro.	Felice al sinistr. Cateratta second. parziale al destro, ma vede.
1820	Carolina Ottola	*idem* in clinica	Lacerazione anter. al destro. Estrazione anter. al sinistro.	Felice al destro, ma residui di casula. Il sinistro soffre iritide ed atresia infelice.
1822	Francesco Ant. Sola	*idem* in clinica	Laceraz. anter. al sinistro, il destro vede.	Cateratta second. al sinistro quasi totale e vede. Intatto il destr.

Occhi operati per ceratonisi 52 perduti 20. sei de' quali per atrofia e 14 con totale cateratta.

La perdita è in ragione del 38 1/2 circa per 100 senza contare 8 caterattе secondarie parziali delle quali tre in poche settimane occuparono l'intera pupilla di Gajetta, Gragnano e Boriello. L'iritide grave si è presentata nella ragione dell' 11 e 1/2 per 100 circa.

CAPO XLVIII.

Intorno alla scelta del metodo.

§. 1. Nel dilucidare le regole de' metodi di abbassamento ho dovuto spiegare per che modo la cateratta resista all'ago, e ci obblighi talvolta a lottar lungamente dando luogo all'iritide grave, ed ho fatto conoscere, che talora si nasconde, e poi viene a ricomporsi formando la cateratta secondaria. Ho dunque incominciato ad agitare una quistione tenutasi da lunghissimo tempo fra i maestri dell'arte quella cioè, che riguarda il metodo da preferirsi, discussione di molta importanza per la pratica, mentre ho già fatto conoscere, che di sovvente la riuscita dipende dalla scelta del metodo, ed ho dichiarato, che l'oculista per ben riuscire deve essere convinto di avere prescelto il metodo più probabile (Vedi lib. II. pag. 111 e 211 §. 1.° e §. 7.

Ho dilucidato le ragioni per cui non riesce l'abbassamento, e discusso varj punti per la scelta del metodo.

§. 2. L'accorto lettore si sarà ormai avveduto, che secondo ho moltiplicato gli esperimenti de' varj metodi, io mi sono ognor più fermamente determinato a sostenere il metodo dell'estrazione anteriore, perchè i successi mi hanno guidato a ciò, e le pruove mi sembrano così evidenti, che ho dovuto abbandonare l'impressione fattami dall' autorità de' miei primi maestri in favore dell' abbassamento, ed anche l' impulso, che mi aveva dopo inclinato a sostenere l'estrazione laterale frutto de' miei primi studj e di molte fatiche; e tanto io era inclinato a favorire i metodi di abbassamento, che mentre scriveva il primo libro pag. 223. §. 31 mi erano rinate novelle speranze.

Gli esperimenti mi hanno diretto nella scelta.

§. 3. Io allora mi lusingava che forse appoggiando la convessità dell'ago sulle cateratte, e non la punta si dovessero reclinare intere, oppure che lacerando prima tutta la casula, e distaccandola, la depressione riuscir dovesse felicissima, e con tali vedute anche dopo il 1820 ho praticato novelli tentativi ; ma sempre ho sperimentata nel mio interno una crudele incertezza, e mi fu d' uopo ritornare alla pratica dell'estrazione anteriore, nè dissimile incertezza ho provato dopo l'estrazione laterale per causa dell' imperfezione delle regole, e degli stromenti.

Speranze concepite a favore degli altri metodi.

La natura delle caterattе dà a conoscere che talune verranno difficilmente distrutte dall' ago.

§. 4. Ma per procedere ordinatamente si consideri prima di tutto il metodo dell'abbassamento in teoria, e si troveranno già le pruove della sua imperfezione derivanti dalla natura delle caterattе, vedi Capo II pag. 88 e seguenti in qucsto medesimo libro, poichè non sono tutte di una qualità. Le caterattе albuminose si trovano quasi sempre molli, ma la casula talvolta è solidetta, e tenace come una membrana, più solida essa tro-vasi nelle caterattе infiammatorie, e nelle arido-siliquate, e nelle traumatiche; ma talvolta nelle congenite, ed anche nelle senili è tanto solida, che riesce difficilissimo romperla, e quasi impossibile distaccarla dalla periferia de' legamenti cigliari, ne' quali casi essa cede bensì, ma non si spezza, e diventa galleggiante.

Facilità che offre il metodo anteriore per estrarre la casula.

§. 5. Inoltre se la natura, e l' indole de' metodi vuolsi considerare, ben si capisce, che allorquando io praticherò l'estrazione mi aprirò una via facile a penetrare cogli aghi, e colle pinzette anche dietro l' iride, e potrò dominare la casula, e staccarla, o reciderla secondo il bisogno, tirarla in basso quando fosse nascosta, e portarla via tanto se fosse molle, come se fosse dura, che per l' opposto nei metodi di abbassamento la strada è angusta, gli aghi sono vincolati, e la caterattа non si può dominare se non per quanto il lume della pupilla ci concede. Nel fare l'estrazione noi possiamo anche dilatar la pupilla dopo il taglio bastando a ciò la pressione sulla sclerotica.

Pare non doversi osservare l'iritide dopo l'abbassamento, ma bensì dopo l'estrazione.

§. 6. S' intende adunque, che sarà più probabile ottenere la distruzione completa della casula per via dell'estrazione, che per via dell' abbassamento; ma taluno potrebbe dire che nel far l' estrazione vi è sommo pericolo di maltrattare l' iride, mentre nell' abbassamento questa neppur si tocca, e perciò mai si avrà l' iritide.

Ho spiegato come si eviti l'offesa dell' iride nell' estrazione.

§. 7. Se ciò fosse vero si dovrebbe al certo riguardare con gran favore l'abbassamento; ma ho spiegato le regole onde evitare anche nella pratica dell' estrazione qualunque dannosa lesione dell' iride, (vedi in questo libro pag. 79, e 94.), ed insegnato avendo con pruove chiarissime, che la recisione è più utile, che dannosa, quand' anche vi si praticasse l' istimo, cessar deve ogni timore.

Pericolo evidente anche nell' abbassamento.

§. 8. Che se le contusioni della detta membrana riescono fatali nell' estrazione anteriore, ugualmente sarà dannoso dibattere gli aghi, e la caterattа in vicinanza dell' iride nel praticare l' ab-

bassamento, che perciò vedesi tosto restringersi la pupilla ch' era stata dilatata mediante l' estratto di josciamo vedi pag. 180 §. 6 e 189 §. 3 e l' iritide da ciò ha principio.

§. 9. Così appuntino risponde la pratica a questi principj teoretici, che raccogliendo tanto nel giornale di clinica come nel mio privato i sucessi delle storie, le quali riguardano l'ecraxis ho trovato essere molto frequenti le cateratte secondarie dopo l'abbassamento, e rarissime dopo l'estrazione, ed ho notato che più sovente sorgeva l'iritide dopo quel metodo, vedi la nota al prospetto XIV pag. 181 e volendo tener presenti i soli casi osservati in clinica nello scaduto triennio si raccoglie, che di 61. occhi sottoposti al metodo dell'estrazione anteriore otto ebbero sucesso infelice vale a dire cinque soffrirono grave iritide o suppurazione nel Riversio, de Muro, Carbone, Jengo, e de Nuziis, e tre ebbero cateratta secondaria, mentre per lo contrario ne' soli 23 casi di abbassamento ve ne furono sette perduti, tre per causa d' iritide, e quattro per cateratta secondaria, nè ho voluto in questo calcolo tener conto di que' casi in cui l'esito è mancato per debolezza de' nervi, mentre questa debolezza non poteva sicuramente attribuirsi al metodo, e nemmeno ho considerato due casi di abbassamento ne' quali la cateratta secondaria era incominciata quando uscirono di clinica nella Gragnano e nel Boriello per non essere accusato di troppa severità, trascuro altresì di porre a confronto le qualità delle cateratte secondarie, sebbene delle tre osservate dopo l' estrazione due vennero curate felicemente, e ed un solo de' quattro occhi affetti da cateratta secondaria dopo l'abbassamento potè essere curato con felicità per via dell'estrazione, che fu quello di Teresa Acampora.

Cateratta secondaria, ed anche iritide osservata spesso anche dopo l'abbassamento.

§. 10. Tenendosi presente soltanto il primo successo delle nostre cure così nell'uno, come nell'altro metodo risulta adunque che la perdita avutasi dopo l'estrazione è inferiore alla ragione del 15. per cento, e la perdita dopo l'abbassamento non compresi i due casi di Boriello e Gragnano supera di poco il 30 per cento; sicchè volendo generalizzare si raccoglie che l'estrazione ha prodotto la perdita di un sesto poco meno, e l'abbassamento è giunto ad una ragione poco minore di una terza parte.

L'estrazione ha dato un 15 per cento, e l'abbassamento 30. per cento in circa di perdita.

Mi sia lecito ripetere due osservazioni.

§. 11. Ma per non discostarmi dai fatti mi sia lecito richiamar nuovamente l' attenzione del lettore sopra due osservazioni di già registrate, le quali possono dirsi chiare pruove contro l' abbassamento.

Perchè scegliessi l' abbassamento nel primo caso.

§. 12. La prima di queste due osservazioni l' ho notata in Verona l' anno 1811 vedi pag. 181 prospetto XIV. Fui allora chiamato a curare l' occhio sinistro della nobile giovane, ivi citata e temendo la deformità della pupilla, nè conoscendo in quel tempo un sicuro espediente pei casi di ernia dell' iride, non volli affidarmi all' estrazione anteriore, ma stimai dover prescegliere la lacerazione laterale, conoscendo benissimo, che la giovanetta era più afflitta per la macchia biancastra formatasi nell' occhio, che per la perdita della vista, e desumendo da ciò, che qualunque deformità fosse rimasta nell' occhio l' avrebbe afflitta vivamente.

Resistenza della casula, ed uso di varj aghi.

§. 13. Introdotto adunque l' ago curvo per la sclerotica e passatolo sul margine superiore della cateratta fin nella camera anteriore lo spinsi al basso, onde lacerarla col dorso dell'istromento; allora la casula si distaccò per breve tratto, e la lente videsi reclinare da per se medesima; ma rialzato appena l' ago vidi elevarsi la casula ch' era tenace ed elastica, cercai dunque di tirarla indietro, e si lasciò condurre verso il fondo dell' occhio, ma senza distaccarsi dai lati, e senza poter essere squarciata perchè galleggiante, talchè ritirato l' ago la cateratta ritornò subito al posto di prima. Dubitai allora che l' istromento si fosse un pò reso ottuso, e vi sostituii un ago lanciato di ottima tempra, ma frattanto l' iride si era distesa, e la pupilla era impicciolita, e spinsi quest' ago dietro alla casula per farla a brani, e poi gettarla nella camera anteriore; tutta la punta venne da me spinta fino a toccare la parte interna della cornea senza che questa si potesse nè dividere, nè traforare, e dopo molti urti, e molti maneggi mi riuscì abbassarla tanto, che appena la terza parte della pupilla si rimaneva occupata, allora temendo, che una più lunga insistenza determinasse l'iritide grave, abbandonai l'occhio, non senza molta speranza, che l' assorbimento avrebbe fatto il resto, e mi occupai di curare l' inferma.

§. 14. Poche ore dopo feci applicare delle mignatte, amministrai digitale, e tartaro emetico, feci bagnare il contorno dell'orbita con soluzione di estratto di josciamo, e furono usati piediluvii e sinapismi; ma l'iritide si presentò, e non fu calmata che a stento. Passati 16 giorni, aperto l'occhio ritrovai di bel nuovo la cateratta sul campo della pupilla, e decorsi altri 20. giorni, osservando che l'occhio erasi liberato interamente da infiammazione, e che la cateratta era densa equabile, ed attaccata ai legamenti cigliari, talchè era ormai perduta ogni speranza, che venisse distrutta per l'assorbimento; e ricevendo continui incitamenti dall'inferma, la quale era di etraordinario coraggio tentai un secondo abbassamento, e trovai la cateratta così elastica come nel primo tentativo, ed egualmente dura talchè la pupilla non rimase libera se non dopo un lungo maneggio. Ma che!... Novelli segni di grave iritide sorgono poche ore dopo, ed ogni medicina riesce infruttuosa, ogni soccorso è di poco sollievo all' inferma, e dopo dolori sofferti per tre settimane ritrovo la sinizesi con cateratta secondaria composta da linfa trasudata, e da fiocchi casulari, ed i nervi tormentati dal male erano perduti, sicchè l'occhio non più riconosceva la presenza della luce. Cura consecutiva.

§. 15. Io domando ora che si poteva fare di più onde romper quella casula?... Può essa riguardarsi come innocua una operazione, che prolungata per la necessità di ottenere il prefisso scopo determina così grave iritide?... E chi mai potrà conoscere quale sia il termine oltre cui non si possono agitare gli aghi nell' occhio senza grave danno; e quando avessi ritirato l'ago più presto, non sarebbe ella stata sicura la formazione di una cateratta secondaria? Pericoli che si osservano quando l'operazione è lunga.

§. 16. L'altro fatto ugualmente contrario alle felici speranze da me concepite è stato quello di già riferito parlando di Adamo Aitel vedi pag. 189 e seguenti. Altro sperimento contrario.

§. 17. Questi due esempj chiaramente dimostrano, che talvolta il buon successo dell' abbassamento non dipende dalla precisa esecuzione delle regole, ma dalla natura delle cateratte. Ecco esempi sfavorevoli.

§. 18. In fatti io mi fo ardito di chiedere a qualunque oculista se nel caso di Adamo Aitel, quella illusoria felicità non lo Come si potesse rimediare in questo caso; o dubitare della riuscita.

avrebbe ingannato? Io non avrei creduto, nè saputo meglio operare l' abbassamento, nè avrei saputo cosa desiderare quando al primo urto dell' ago videsi perfettamente libera la pupilla, eppure siamo rimasti delusi dello sperato sucesso; ma si potea ella replicare l' operazione. Mi verrà risposto. *Sì; se gli uomini non avessero il libero arbitrio, io debbo soggiugnere*: perchè difatti mai più si potè replicare da noi.

Casi in cui mancata un' operazione l'uomo è rimasto cieco siccome fosse incurabile.

§. 19. Pur troppo in varj incontri, e particolarmente nelle due ultime escursioni da me fatte in Italia ho raccolto notizie di persone anche illuminate, e di bel talento, le quali sperimentata avendo infruttuosa la prima operazione non vollero assoggettarsi a tentar la seconda, e fra questi oltre il ragguardevole personaggio citato più sopra pag. 88 trovo annoverato l'erudito bibliotecario Pellegrini da me visitato inutilmente a Venezia, il quale passò molti anni della sua vita infelici, perchè tentatasi la reclinazione laterale da un abile oculista nel di lui occhio sinistro, e sviluppata grave iritide dovè patir molti dolori, ed ebbe poi atresia, e cateratta secondaria, nè mai più ebbe l' animo di farsi toccare dai nostri ferri quantunque all' altro occhio la cateratta fosse di buon aspetto e molte insinuazioni gli venissero fatte dai parenti, e da tutti noi.

Speranze a favore della lacerazione laterale.

§. 20. Io mi era lusingato, che il metodo di lacerazione perchè vien diretto a vincere il maggiore ostacolo potesse eguagliare almeno, e fors' anche superare i successi, che si erano ottenuti coll' estrazione, e parevami, che per la facile esecuzione dovesse quello essere, come suol dirsi una riserva per la mia vecchiaja; quando anche non avesse fatto, che uguagliare ne' sucessi gli altri metodi. Ma negli sperimenti che ne ho fatto dal 1820 fino al 1826. tanto per ceratonisi, come anche attraversando la sclerotica esso è rimasto molto al di sotto dell' estrazione anteriore.

Sicurezza portata nella pratica dell'estrazione anteriore.

§. 21. Questo metodo sebbene difficile si è però condotto a sì fatto termine di precisione, che un professore poco più che mediocre potrà dire a se medesimo prima d' incominciare, io farò uscire la lente senza molta offesa dell' iride, e potrò lacerare, ed anche portar via la parte centrale della casula quasi con sicurezza, e se l' iride resterà tagliata poco m' importa, e quando anche formassi l' istimo saprò aprirmi una strada opportuna, se

la jaloidea si spezzasse conserverò sufficiente quantità di vitreo e saprò ricomporre l' occhio , in fine purchè l' ammalato sia ragionevole , e mediocremente quieto la cicatrice potrà farsi di prima intenzione, e qualunque ostacolo insorga vi sarà probabilità che la guarigione si ottenga nella proporzione dell' ottantacinque per cento. Infatti prese avendo ad esame le storie di 585. operazioni da me praticate col metodo dell' estrazione anteriore e raccolte nel mio giornale privato quantunque vi sieno comprese quelle de' primi anni epoca in cui m' era d' uopo acquistare destrezza, pratica, e sangue freddo; ritrovo, che eccettuati 37 casi mancati per paralisi ma riusciti bene, il sucesso è mancato 82 volte, locchè equivale ad una perdita del 14 e $\frac{1}{58}$ circa per cento; e per lo contrario 71 casi di abbassamento mi hanno dato una perdita di 32 successi locchè equivale al 44 circa per cento.

§. 22. Io esperimento un grado di sicurezza molto maggiore dopo l' estrazione che dopo l' abbassamento , perchè posso dire quasi sempre a me stesso ho aperto un taglio di cornea , che ha dato facile passaggio alla cateratta , l' iride non ha urtato contro i ferri , non ha strisciato , che dolcemente contro i margini della ferita , e perciò non vi è ragione di temere una grave infiammazione , la casula si è mostrata l' ho presa e ne ho portato via tutto il centro, dunque non vi è timore di cateratta secondaria; non così dopo l'abbassamento, se abbiamo lottato a lungo perchè vi siamo stati indotti dalla necessità, se la casula si è squarciata nel mezzo, o si è distaccata in basso, o in alto; si può essere nascosta dietro all' iride , e ci rimane , o il timore dell' iritide , o il dubbio , che si ricomponga , e quella grave infiammazione , che tanto si temeva dai più dotti maestri dopo il taglio della cornea non si può evitare neppur coll'abbassamento, anzi si è veduta più di sovvente svilupparsi e produrre o atresia, o atrofia vedi pag. 201 §. 9.

Probabilità che si avrà in molti casi dopo l'estrazione.

§. 23. Vi sono stati de' medici assai culti , i quali dopo avere osservato con attenzione i miei infermi , e notato che in molti casi di estrazione da me praticata non si era manifestato neppure un primo segno d' iritide , mi dicevano : « vedo benissimo , che » l' estrazione può riuscire innocua, e darà felici risultamenti, ma

Opinione di taluni medici dopo i felici sperimenti.

» amico bisogna avere la tua mano! ed il tuo esercizio!... Tu solo » la fai comparire un giuochetto da nulla, una operazione semplice, » e naturale; ma un chirurgo, che non avesse uguale esercizio, » o un giovane principiante, come potrebbe egli seguitare la tua » pratica? Egli sarà costretto, e quasi direi invitato dalla facile » esecuzione a praticare l' abbassamento.

Risposta, che riguarda i principianti.

§. 24. Per rispondere a queste obbiezioni dirò semplicemente, che il principiante deve battere la via più sicura, e non già esporsi al pericolo di veder mancare le operazioni senza sua propria colpa, perchè a misura ch' egli si perfezionerà nell' arte potrà sperare di trovarsi nel più alto grado di fortuna, e se prendesse la via più incerta e che questa riuscisse da principio, non avrà più coraggio di abbandonarla, se non è felice egli è perduto per l'arte. Ma saranno di esempio a questo proposito il Sig. D. Francesco Tommasi riputatissimo in Campobasso, il Signor D. Raffaele Rossi da Nola, che molto nome si gode in patria, ed in Salerno, non che i Signori Lacova, Portal, Polara e Mascara in Sicilia, ed il Dottorini in Perugia, e molti altri i quali praticando l' estrazione anteriore hanno già acquistato fama di oculisti; ma non solo questi uomini di già provetti nell'arte; altresì varii giovani alunni, i quali dopo due o tre anni di studio hanno praticata l'estrazione nella scuola clinica con ottimo esito, e posso citare fra gli altri i Signori Barbagallo, Barracano, e Cilestri, i quali sono riusciti a praticarla con felicità.

Cosa' debbano fare i chirurghi abituati ad altri metodi.

§. 25. Quanto ai chirurghi io dirò francamente, che se fossero ormai abituati a praticare l' abbassamento, o se non si credessero dotati di quella precisione, e di quella scrupolosità, che è necessaria, farebbero meglio a non cimentarsi, se non quando l' infermo si trovasse fuori della portata di ricorrere ad un oculista di professione; mentre ognuno il quale ben consideri l' importanza della riuscita permetterà al suo infermo di fare viaggi e sacrifizii notabilissimi, onde guadagnare anche un solo grado di probabilità, e correre il minor rischio possibile. Così la pensano ormai varii de' miei distinti colleghi in questa Capitale seguitando in ciò l' esempio de' professori Amantea, Troja e Santoro, i quali fin dal mio primo arrivo in questa città mi

diressero gl' infermi di cateratta ; ed uno di loro essendosi recato lungi da Napoli praticò la reclinazione con esito felicissimo , ma non di meno ritornato fra noi volle , che gl' infermi di cateratta continuassero a chiedere l'opera mia, e me ne diresse più d' uno con raccomandazioni caldissime.

Motivi dai quali erano indotti.

§. 26. Però questi valentuomini esaminarono prima una serie di estrazioni da me eseguite , onde convincersi che allorquando si tengono tutte le opportune diligenze questa pratica non viene seguitata nè dalla grave emorragia, nè da grave iritide.

Colleghi stranieri che osservarono uguali sucessi.

§. 27. Le stesse attente investigazioni vennero anche ripetute da professori , i quali giunsero fra noi dalla dotta Germania , e dall' Inghilterra , e ben mi ricordo , che un uomo dottissimo , il quale avea osservato in Vienna frequenti infiammazioni dopo la pratica dell' estrazione faceva le meraviglie a vedere, che nessuno de' nostri infermi clinici presentasse indizio d' iritide.

Riflessioni di taluno sopra un caso particolare.

§. 28. Nè stimo dover passare sotto silenzio , che avendo io praticata l' estrazione ad ambedue gli occhi di una certa signora Doristella Panzetta lui presente, e lasciate ai famigliari le opportune istruzioni subito dopo , egli mi tenne questo discorso. *Mio degno amico, tutto và bene ; ma io non posso approvare , che tanto in questo caso , come in altri da me osservati , tu abbia posto in non cale le usanze del nostro commune maestro!... E perchè non ti prepari siccome egli faceva a combatter l' infiammazione?... Noi stiamo sempre di guardia vicino all'infermo , nè lo abbandoniamo un solo istante ne' primi due , o tre giorni , anzi in ogni ora , e di giorno, e di notte abbiamo cura di aprire le palpebre osserviamo l' occhio , e se l' iritide si presenta, ben tosto si caccia sangue, si apprestano delle purghe narcotici , e vessicanti , e sinapismi , in fine si adopera ogni mezzo opportuno a troncare l' infiammazione e calmare i dolori.* Al che risposi. *Io reputo o mio dotto collega , che le vostre grandissime cure sieno più nocive , che utili perchè non ardirei scomporre le palpebre , nè esporre vorrei alcun occhio all' impressione della luce per osservarlo, che già l' iritide noi la conosciamo a causa de' dolori , i quali vanno ad occupare il sopraciglio. Vuoi tu per altro sapere perchè io non mi*

guarderò in questo caso dall' infiammazione ?.. Perchè dopo un' operazione riuscita in perfetta regola io non la temo, e non esiterei a scommettere duemila Fiorini se ti piacesse, che la Doristella, ed anche il Maduranza, il Fratta, il Triminello, ed il Fienza saranno guariti senza dolori ad onta della nostra apparente negligenza, siccome si è guarita la del Vecchio. Anzi dirò che quella vostra guardia mi fa conoscere come il caso dell' iritide grave esser debba frequente fra i vostri infermi.

Felicità attribuita al clima.

§. 29. Avutasi la conferma di questo discorso, in pochi giorni il mio amico volea persuadermi tutta questa felicità esser dovuta al clima, al che opposi aver io ottenuto il medesimo effetto in molti paesi settentrionali d' Italia, ed aver notato in generale una qualche maggior riuscita nell' inverno che nell' estate, vedi lib. I. pag. 187 §. 17.

Errori ai quali si può attribuire il successo osservato in Vienna.

§. 30. Ma prendendo poi ad esame la pratica da essi tenuta nelle operazioni gli feci conoscere, che trascurano troppo l' articolo II. pag. 118 spiegato nel lib. II, i loro ferri non gli ho trovati mai così taglienti come quelli di Stodart, anzi il bravo Malliard, che mi ha fatto certi ordigni dilicatissimi non mi ha dato però mai un coltello affilato come quelli del vecchio Blank, tantocchè dopo averli ricevuti da Vienna mi sono visto nella necessità di mandarli da Napoli a Londra per farli affilare. Questa imperfezione obbliga i professori a contener l'occhio acciò non rifugga, e farvi dannose compressioni vedi lib. II. pag. 153 capo XII. Aggiungasi pure che non gli ho veduti rispettare abbastanza quella regola tanto a me cara di operare unicamente in que' momenti ne' quali l'occhio è in calma. Nè da altre cagioni, che da queste io saprei ripetere le gravi infiammazioni da loro osservate. Nè potrò giammai persuadermi potersi quelle attribuire all' influenza del clima, o alla forza de' temperamenti poichè avendo praticato le medesime operazioni su persone venute da varj climi, e principalmente Svizzeri, Polacchi, ed anche Tedeschi, Russi, ed Inglesi non ho notato veruna differenza sensibile; bensì mi sono accorto di una maggior tendenza alla suppurazione quando ho praticato i tagli della cornea negli uomini di colore tanto affricani, come da San Domingo, perchè in questi ho trovato le cornee molto più sottili,

ed anche molli, che non sogliono essere negli europei. Se dunque la lassezza del clima indur potesse qualche grado di cangiamento nel tessuto della cornea parmi dover essere piuttosto a disfavore, che a vantaggio ne' paesi caldi. Ma in fine laddove si presentano delle cagioni così manifeste perchè vorremo noi ripetere la spiegazione da cause insufficienti, ed oscure? . .

Il clima avrebbe tolto il buon successo a molti celebri oculisti del nord.

§. 31. Che se il clima avesse questa fatale influenza il Barone di Wenzell non avrebbe potuto giugnere a sì alta fama in Parigi, nè il sig. Barth avrebbe acquistata così grande riputazione in Vienna, in Praga, ed in Inghilterra, e può dirsi lo stesso riguardo alle molte estrazioni anteriori praticate dal Richter, e da' suoi discepoli in Germania, ed anche in Vienna stessa fra quali fiorì in questi ultimi tempi il Professore Prohascka, che era tanto fortunato nella pratica dell' estrazione per quanto era diligentissimo.

I più abili oculisti addottarono l'estrazione.

§. 32. E per non trasandare quelle pruove, che facilmente emergono da un complesso di osservazioni, e di esperienze, basti riflettere, che dopo la grande riforma dell' arte nostra avvenuta verso la metà del passato secolo quasi tutti migliori oculisti di Europa si attennero a questo metodo incominciando da Dawiel, Petit, Lafaye, e Janin nella Francia, non che Wenzel di già nominato ed i seguaci loro fra quali basti il nome di un Barth, e di un Beer mantennero in credito sì fatta pratica in Allemagna, siccome in Italia fu ammirata per opera di Troja, Amantea, Sisco, Atti, e Rossi, i quali per lo più abbracciarono il metodo dell' estrazione.

I seguaci dell'abbassamento non hanno avuta grandissima fama come oculisti.

§. 33. Che se per altro canto Dessault nella Francia, e Percival Pott in Inghilterra, non che il trascendente ingegno di Gio: Adamo Schmidt in Germania, e molti de' loro seguaci elevarono la voce contro l' etrazione e fecero proseliti anche in Italia; bisognerà non di meno convenire, che nessuno di questi professori benchè avessero meritata lode, come filosofi profondi, chirurghi eccellenti, ed anatomici diligentissimi non ebbero per altro, come oculisti, nè tanta riputazione, nè tanta concorrenza di affari da potersi paragonare ai seguaci dell' estrazione di sopra citati, ed è pur forza confessare, che allorquando si addottò quasi generalmente la pratica dell'abbassamento in Francia, ed in

Incertezza de' migliori maestri.

Italia uno de' più valenti chirurghi del mondo, il signor Doubois diceva dalla catedra; *il faut avouer que l' operation de la cataracte, est une des plus difficiles, e des plus incertaines de toute la chirurgie*, e si può dire senza tema di errore che sul cominciare di questo secolo l' oftalmiatria anzichè progredire era decaduta tanto in Francia, che in Italia, anzi si sarebbe perduta se la scuola del Beer non l' avesse mostrata all' Europa, vedi lib. II. pag. 289. perchè se il dotto allemanno non avesse mantenuta in voga la pratica dell' estrazione anteriore; nè l' ecraxis, nè la corotecnia sarebbero giunte a quel grado in cui oggi si trovano.

Ultimamente il sig. Roux fece risorgere la pratica dell' estrazione.

§. 34. Ma in questi ultimi anni, ho letto con vera soddisfazione, che il signor Roux superata la forza delle autorità fece rivivere la pratica dell' estrazione tanto in Francia, come nell' Inghilterra, dove si è notato, che oltre agli uomini dell' arte, i più culti personaggi furono veramente ammirati nell' osservare la pratica di questo metodo.

Apparenza favorevole di questo metodo.

§. 35. Nè sarà da valutarsi per poco quella apparenza che ha l' estrazione per cui gli spettatori, e l' infermo rimangono così soddisfatti vedendosi, che l' uomo ricupera la vista sul punto, e che la parte ammalata è stata portata fuori dall' occhio, e può toccarsi con mano.

Opinioni di un abile professore dedotte dalla natura delle cateratte.

§. 36. Un professore di molto spirito parlando famigliarmente dell' abbassamento coi nostri giovani era solito dire. *Quella polenta, che si fa nell' occhio non mi piace.* Espressione triviale bensì; ma vera, intendendosi egli significare, che quel maneggio oscuro, ed incerto porta facilmente l' iritide; poi aggiugneva, *allorchè portatovi l' ago sopra, si spinge in basso la cateratta bisogna dire: Iddio te la mandi buona! . . .* e ciò riguarda l' incertezza, che dipende dalla natura della cateratta.

Paragone che spiega l'indole de' due metodi.

§. 37. Ma se vogliasi metter chiaramente a confronto l' indole de' due metodi, oltre quel tanto che ho già spiegato mi farò lecito portare un paragone, che più fiate ho recato nella pubblica scuola volgendo il discorso in questi termini. Se dinanzi ad una finestra vi fosse un' ampio velo denso, e tenace, che impedisse a quelli di fuori poter riguardare in una stanza;

cosa si preferirebbe da questi onde potere osservare tutto ciò che stà al di dentro? Eseguire un picciol foro nelle lastre e portarvi sopra una lancia che traforasse quel velo, e lo riducesse a poco a poco in briccioli, oppure aprir francamente una parte della fenestra, ed afferrare mediante una tenaglia ben proporzionata gran parte di detto velo, e strapparlo via o reciderlo liberamente?

§. 38. Dal fin quì detto è dunque forza conchiudere, che o vogliasi considerare la natura de' metodi, o la qualità delle cateratte, o vogliasi calcolare per i sucessi ottenuti in questa clinica o per la rinomanza acquistata da' più famosi oculisti, sempre risulterà, che il metodo dell' estrazione anteriore porterà il vanto su tutti gli altri, almeno se abbiasi riguardo all' attuale stato delle nostre cognizioni pratiche, e si vedrà l' effetto di questo metodo essere proporzionato all' abilità di chi lo eseguisce, mentre per lo contrario l'abbassamento manca nelle migliori mani.

Tanto la natura de' metodi, come la qualità delle cateratte è favorevole all'estrazione.

§. 39. Ma dopo questi ragionamenti, e questi paragoni troppo necessarj per dimostrare il mio assunto; ogni seguace dell'abbassamento si troverà offeso nel suo amor proprio, e mi dirà io ti voglio accordare, che tal pratica sia riuscita così infelice in mano tua perchè o tu eri nato propriamente colla tendenza ad eseguir l'estrazione, e quanto all' abbassamento la tua ignoranza, o la tua poca diligenza è stata cagione, che ti mancasse almeno 30. volte per cento; ma non devesi argomentare, che il metodo sia cattivo da questa tua particolare imperfezione, anzi potrei convincerti del contrario portandoti innanzi una lunga serie di operazioni da me praticate, e debbo sicuramente attenermi ad un metodo, che ho sperimentato fortunatissimo. Sifatta ostinazione è pervenuta a tal punto, che questi amici della loro opinione dopo avere attribuito alla difficoltà di ben eseguirlo la riuscita sfavorevole da me osservata mi ebbero a dire, che l' abbassamento aveva il pregio innegabile di essere semplice, e facile più d' ogni altro metodo, locchè annulla l'argomento riportato di sopra, che io non lo sapessi eseguire per mancanza di una squisita diligenza.

Obbiezione, che si può fare da taluno a me.

§. 40. Basterà considerare il problema I. e III. e s' intenderà subito che l' estrazione anteriore è molto più difficile; ma se mi

Pruove, che risultano dalle regole ormai sviluppate.

*

si volesse far credere, ch' io non conoscessi le regole dell' abbassamento pregherò il mio avversario di esaminare i sei problemi, e pubblicarne altre da esso determinate con maggior precisione, ch' egli mi troverà disposto a ripigliare novelli tentativi sulla guida de' suoi insegnamenti.

Conseguenza dedotta dai fatti riportati a favore dell' antico metodo.

§. 41. Aggiugnerò a proposito di ciò, come in una discussione accademica tenutasi col celebratissimo Professore Vaccà, egli mi dicesse tanto essere innocua la depressione, quantocchè avea potuto ripeterla ben sei volte in un medesimo occhio, ed io ripigliai. *Dunque vi è riuscita infruttuosa almeno cinque volte consecutive!* La qual cosa vale di risposta a molti de' suoi discepoli troppo trasportati per questa innocuità.

Parzialità troppo manifesta di taluni maestri.

§. 42. Io non posso tener conto di que' casi, che taluni chirurghi hanno trascelto dal loro giornale, e mandati al pubblico onde sostener questo assunto; poichè talvolta per tenacità alla loro opinione hanno potuto trascurare di considerarli tutti, ed altre volte hanno registrato come guariti compiutamente certi individui, ne' quali già era cominciata la cateratta secondaria, e che dopo tre, o quattro settimane aveano perduto il frutto dell' operazione.

Incertezze sperimentate al cominciare di questo secolo.

§. 43. In sul cominciare di questo secolo la cosa era tanto caliginosa che in una città di trentamila, e più abitanti i chirurghi appena mi poteano citare una o due persone, le quali avessero ricuperata la vista in un modo stabile mediante l'abbassamento, e ritornato allora in patria, mentre io andava ritracciando notizie positive da tutti i colleghi, il bravo giovane chirurgo Vito, che aveva per molti anni osservato le pratiche di uno de' primi nostri maestri, mi diceva, *a parlarti sinceramente ho veduto de' miracoli per le mani di questo professore; ma riguardo alle cateratte, è bensì vero che di quando in quando i nostri infermi uscivano dall' ospedale senza bisogno di esser guidati, eppure esaminati i meglio guariti per varie settimane, con mio rincrescimento non ne ho registrato neppur un solo, il quale conservasse la vista ricuperata, perchè la casula anzicchè dissiparsi, come insegnano i maestri si distendeva ad occupare l' intero campo della pupilla togliendo a que' poverelli la vista, ed a noi il frutto delle*

nostre cure, la qual cosa mi affligge, perchè mi fa riguardare l' operazione della cateratta come un semplice rimedio palliativo e mi conduce a dubitare che tutta l' arte dell' oftalmiatria non sia che una pratica illusoria, e di scarso vantaggio.

§. 44. Ma finalmente siamo usciti da così amara incertezza, e l' arte nostra si mantiene in credito presso del pubblico recando vantaggi permanenti, e manifesti anche alle volgari persone. Anzi in oggi i Sovrani di Europa hanno fondato molte scuole cliniche, e le hanno saggiamente dirette ai progressi dell' arte, per la qual cosa si vanno pubblicando i risultamenti delle pratiche raccolti da professori degni d' intera fede, perchè la testimonianza de' giovani studiosi ci rassicura della verità de' fatti, e raccogliendo da questi giornali clinici i risultamenti; ho trovato, che professori abilissimi nell' eseguire l' abbassamento e dotati di amore pel metodo, e di somma destrezza hanno in molti casi osservato la cateratta secondaria non solo, ma anche l' iritide che aveva tolto lo sperato vantaggio, eppure i loro infermi non vennero visitati, che per quattro o cinque settimane.

Ora abbiamo le scuole cliniche ed i prospetti veridici.

§. 45. Ho per le mani il prospetto della scuola clinica di Pavia pubblicato dal meritissimo professore Jacopi rapito alle scienze da morte immatura, e con quella ingenuità propria de' grandi uomini trovo da lui medesimo riportate cinque storie di abbassamento, e vedesi notato esservi stata in un caso grave iritide con ipopio, e quindi la donna, ch' era la nominata *Catterina Fava* è rimasta cieca; e senza speranza di guarigione, e nell' altro caso di *Giacinta Forni* si formò la cateratta secondaria nella quale tentata avendo egli medesimo la seconda operazione ebbe da questa origine l' ipopio, e la perdita totale dell' occhio.

Cosa risulti dalle sperienze fatte per mano del professore Jacopi.

§. 46. Si potrebbe dunque conchiudere, che la perdita è stata nella ragione del 4o per cento, sennonchè da cinque soli casi non si dovrebbe generalizzare; ma non avendo il dotto maestro notato questo avvenimento con meraviglia, nè attribuito il tristo esito a particolari cagioni sembra chiaro, ch' egli non di rado avesse osservato consimili effetti nella di lui pratica.

Perdita da lui notata in ragione del 4o per cento.

§. 47. E venendo ora alle *Annotazioni anatomiche chirurgiche* dell' abilissimo professore Panizza, che appartengono alle me-

Risultamenti dichiarati dal Profes. Panizza proporzionati al 33. per cento.

desima scuola di Pavia, quantunque il dotto collega praticasse la reclinazione laterale colla più ferma fiducia, e con rarissima diligenza pur dalle sue medesime istorie risulta, che in 27 occhi curati da lui con questo metodo tre volte egli ha notato la perdita del sucesso a cagione di grave iritide, ed in sei altri casi a motivo della cateratta secondaria formatasi tosto; dal che ne viene essere stata la perdita notata in questi casi nella ragione del 33 per cento circa senza tener conto di una cateratta secondaria incipiente da lui medesimo descritta nel Marozzi. Quantunque egli riuscisse a curare con estraordinaria fortuna mediante l' abbassamento le cateratte secondarie, ed ottenesse che di sei casi di tal natura tre soli venissero seguitati da fatale iritide, io non tenni conto di ciò, nè metterò a calcolo la estraordinaria docilità degl' infermi clinici di Pavia, poichè i calcoli della nostra clinica sono stati determinati unicamente sui primi successi.

Risultamenti accumulati.

§. 48. Or se vogliansi considerare in cumulo i sucessi ottenuti da' due sì valenti professori chiaro apparisee, che in 32. casi di abbassamento undici volte è mancato il sucesso, locchè porta una perdita alla ragione del 34 ed un terzo per cento, mentre ho già detto che nella nostra scuola la perdita si è osservata nella proporzione del 30 per cento ne' casi di abbassamento ed in tutta la mia pratica arriva a 39 per 100.

Successo notato dal Prof. Sisco nella clinica di Roma.

§. 49. Volgasi ora lo sguardo agli anni clinici pubblicati in Roma nel 1816. e 1817. sotto la direzione del meritissimo professore Sisco e si troverà registrato, che i di lui assistenti tentato avendo una sol volta l'abbassamento restò questo infruttuoso, nè la inferma che fu la nominata *Domenica Pietrostefani* volle più sperar guarigione dall' arte nostra, e se n' andò cieca, mentre in otto casi di estrazione non venne registrata veruna grave infiammazione, nè si osservò la cateratta secondaria almeno pel tempo che gl' infermi furono tenuti in quella scuola.

Paragone de' successi ottenuti molti anni prima dal Flajani.

§. 50. Quale Fortuna!... e in Roma stessa molti anni prima il celebre Flajani ci lasciò scritto con quel candore, ch' era degno de' suoi talenti, e delle sue virtù, aver egli tentato in 22 casi l' abbassamento, e solo cinque averne ricuperati, ma in 24. casi di estrazione ben 9 ebbero sucesso felice dal che si ricava come

egli avesse conosciuta una superiorità in questo metodo, ed indicata a' suoi contemporanei la via di poter giustamente indagare il valore de' metodi senza parzialità, quantunque egli scrivesse in un tempo in cui ho detto, che l' arte nostra era ancora bambina in Italia; e basti per pruova che il valentuomo non parlava quasi mai della corotecnia, e sembrava potersi contentare di aver ridotta la perdita dell' *ecraxis* al 62. e mezzo per cento.

Come fossero guidati i migliori maestri nelle incertezze che dominavano.

§. 51. Questa imperfezione mi giova a concepir chiaramente da quali motivi professori della più profonda dottrina, e del più imparziale criterio venissero determinati alla scelta dell' abbassamento. Io che mi son trovato fra quelle spine posso ben fare come colui, che

Uscito fuor del pelago alla riva
Volgesi all' onda perigliosa e guata.

Prevenzione de' chirurghi favorevole all' abbassamento.

§. 52. Perchè ogni chirurgo avea per massima, che il metodo più semplice; quello, che ha bisogno di minor copia d' istromenti dovesse giudicarsi il più degno della moderna filosofia, e per altro canto l' autorità de' migliori maestri cominciava da Celso a favorire un metodo che sotto apparenza di blandizie lusingava, e l' infermo, ed il medico, fintantocchè non si fosse sviluppata la fatale iritide, o la cateratta secondaria.

Come si potesse allora sperimentare.

§. 53. Or supponghiamo, che si venisse alle pruove dell'esperienza senza la cognizione precisa di tutte quelle regole, che solamente oggi sono determinate. Un taglio picciolo per causa degli occhi infossati, o dei ferri poco affilati, una contusione dell' iride nel precipitarsi della cateratta, una emorragia consecutiva, un' ernia, una suppurazione eccitata, o da irrequietezza dell' infermo, o da incuria degli assistenti, avrebbe tacitamente portata la rovina dell' occhio, e quando nò la fiducia mal calcolata nella natura, che dicevasi inclinata a *detruire les accompagnements* doveva portare la cateratta secondaria, senza che l' oculista nell' eseguire l' estrazione peccasse di manifesta imperfezione.

Opinioni contrarie anche nel volgo.

§. 54. In mezzo a tutti questi pericoli ad ogni tristo evento ci rimordeva la coscienza col proverbio di *aver voluta lasciar la strada vecchia per la nuova*, ed i compagni gridavano *al su-*

perbo, *al presuntuoso*, *all'originale;* i poveri infermi tremavano di paura sentendo parlare di estrazione, e di grandi tagli, e doveano aspettarsi ad ogni istante la crudele infiammazione attribuita dai maestri al nuovo metodo. Ed ecco per quali vie la forza dell'autorità, e la pubblica opinione ci costringevano a prendere il partito, che sembrava il più blando, e che poteva attirare a nostro favore non solo i professori di medicina; ma altresì gl' infermi, e così s'intende benissimo che non già per una mal calcolata prevenzione, nè per iscarsità di dottrine i più abili chirurghi doveano abbracciare l'antico metodo principalmente allorquando o per fortuna, o per somma agilità, e precisione avessero potuto raccogliere ne' primi esperimenti un sufficiente numero di felici successi, o momentanei, o durevoli.

Pericoli ai quali eravamo esposti.

§. 55. Se poi lasciate le prime pratiche, avessero tentata l'estrazione ad ogni tristo evento doveano disgustarsi e fuggirla come sperimento pericoloso. Ma per lo contrario dopo acquistata una certa abitudine all'abbassamento manca il coraggio necessario onde aprire con precisione la cornea, locchè si riconosce anche dalle annotazioni pubblicate dal Panizza, il quale volendo mostrare ai giovani un esempio di estrazione fatto il taglio, e conosciutolo troppo angusto ebbe la prudenza di ritirare gli stromenti per tentare poi l'abbassamento con maggiore vantaggio del suo infermo.

Fondamenti dell'attuale pratica.

§. 56. Ecco i principali argomenti dai quali ha tratto fondamento la mia pratica, sempre però dichiarandomi disposto ad abbandonarla allorchè migliori norme, e più sicure sperienze mi venissero insegnate dai colleghi, ai quali sottometto i fatti, e le esposte riflessioni, e chiunque vorrà con vittoriose osservazioni alla mano rispondermi darà una pruova al pubblico ed a me, ch'egli ama la verità più che gli amici, e sarà mai sempre commendevole se potrà per questo mezzo concorrere validamente ai progressi di un arte così utile.

CAPO XLVIIII.

Intorno alla cateratta vera complicata con atresia dell' iride.

§. 1. Nel dare la risoluzione de' precedenti problemi ho posto per ipotesi che la cateratta fosse o vera semplice o secondaria complicata coll' atresia, lib. II. pag. 233, o secondaria semplice, vedi più sopra pag. 124, ma non ho determinato le regole per la cateratta vera complicata con atresia, potrebbe adunque il lettore rimanersi dubbioso degli espedienti da prendere e rinnovare que' tentativi, che ho conosciuto pur troppo inutili, e dannosi; darò perciò quelle regole, che ho potuto finora giudicare le più acconcie in simili casi. Casi complicati.

§. 2. Nel primo libro pag. 251 ho di già pubblicato gli estratti di due storie di questo genere al n.° 6 e 7, e nel libro II. ho dato conto di un' altra cura simile (pag. 24 n.° 36). Inoltre ho parlato dell' origine, e delle forme di queste complicazioni nell' esporre la patologia delle atresie lib. II pag. 96 §. 71 e pag. 106. §. 41 e seguenti; restringerò dunque il mio discorso, alla diagnosi, ed alle regole da tenersi. Esempii già riferiti di questa complicazione.

§. 3. La cateratta potrà essere congiunta alle varie specie di atresia, e perciò talvolta si troverà complicata con sinizesi, altre fiate con ceratoscotesi, vedi Tav. XIV. Fig. 1 e 5. Qualunque volta l'atresia fosse totale riuscirebbe difficile la diagnosi, e l'oculista potrebbe restar nel dubbio se fosse semplice, oppure complicata. Qualità di atresia che si potrà osservare.

§. 4. Raro è il caso in cui la sinizesi sia perfetta, e quindi la pupilla rimanendo in parte libera lascia vedere la cateratta spuria, la quale suole rappresentare una membranella disposta a triangoli, che lega il margine pupillare tenendo il vertice attaccato a varii punti di esso margine, e la base sul centro della cateratta vera. In questi casi la cateratta spuria è trasparente in guisa tale, che al di sotto vedesi la tinta gialla, o perlina matta propria delle cateratte vere, e così l'oculista può riconoscer con certezza la cateratta. Forma della cateratta spuria, e trasparenza per riconoscer la vera.

§. 5. Similmente ne' casi di ceratoscotesi, purchè non vi sia la sinechia o la cateratta spuria, che chiuda la pupilla interamente Come si possa vedere la cateratta vera nella ceratoscotesi.

si potrà vedere la cateratta vera osservando l'occhio di fianco perchè sempre rimarrà aperta e visibile una porzione di pupilla anche dietro alla opacità della cornea. Vedi Tav. XIV Fig. 5.

Indizii, che si deducono dalla vista residua.

§. 6. Allorchè fosse assolutamente impossibile riconoscere lo stato del cristallino per cagione di un' atresia perfetta non resterà altro indizio, che il residuo grado della vista poichè se vi è l' igieneurosi l' occhio conserva in tutti i casi di atresia senza cateratta un notabile grado di distinzione, e potrà da vicino riconoscere molti oggetti, e molti colori anche pallidi, principalmente quando vi fosse la sinizesi semplice. Da ciò risulta che se ad onta dell' igieneurosi, l'uomo non potesse discernere altro se non chè la luce dalle tenebre, e stentatamente il bianco dal rosso; vi sarà ragione di sospettare, ch' esista oltre l' atresia anche la cateratta vera.

Casi manifesti e dubbiosi.

§. 7. Dal fin quì detto si raccoglie, che l' occhio potrebbe essere in uno stato di complicazione manifesta, oppure vi potrebbe essere un' atresia perfetta, ed allora si potrà aver indizio dell' esistenza della cateratta vera, ma sempre resteremo nel dubbio d'ingannarci; e la complicazione sarà dubbiosa.

Regola generale da tenersi ne' casi manifesti e dubbiosi.

§. 8. Qualunque volta vi fosse l' accennata complicazione è facile intendere che per ripristinare la facoltà visiva sarà necessario aprire la pupilla, ed anche praticare l' ecraxis, e ciò potrà farsi ad un tempo stesso; ma ne' casi in cui non sarà manifesta l'alterazione del cristallino si dovrà prima eseguire la coropeja per riconoscerne lo stato, e tentare se si possa conservarlo sano, e si verrà poi alla seconda, quando la prima operazione non sia stata sufficiente e sia divenuta manifesta la cateratta.

Metodo preferito dal Prof. Beer.

§. 9. Il prof. Beer opinava, che il miglior metodo ne' casi di questa complicazione fosse portare l' ago di Langenbeck attraverso alla cornea piantandolo verso l'angolo esterno, e facendo, che la sua punta consistesse nel passare attraverso a tutta la camera anteriore finchè giungesse alla periferia dell' iride verso il canto interno, ed infossare allora l'istromento sull'iride in guisa, che si staccasse da' legamenti cigliari, e nel tempo stesso faceva reclinare la cateratta sottoposta.

Due sperimenti infelici da me tentati.

§. 10. Io non dubito, che questo metodo sarà talvolta riuscito, ma avendone tentato due sperimenti in Ferrara l' uno nell' occhio destro di Giuseppe Petrarchini, ed un' altro in quello di Terenzio

Barbieri ho notato, che l' iride venne tormentata moltissimo dall' ago, che l' ifemia mi recava molta confusione, nè mi permetteva conoscere se la nuova pupilla rimanesse libera dalla cateratta, e questa risaliva ostinatamente per causa della sua aderenza coll' iride, dopo di che si manifestò un' iritide grave, che mi tolse il desiderato successo ad ambedue gli occhi.

Pruove sfavorevoli a questa pratica, e primi sperimenti tentati con altro metodo.

§. 11. A quest' epoca di già varie osservazioni mi aveano fatto conoscere i pericoli dell' abbassamento, e la molta facilità con cui l' iride si distende dopo la dialisi anche semplice e concorre a togliere il successo sperato; divisai dunque sperimentare l' ectomia, praticando subito dopo l' estrazione anteriore della cateratta. Questo progetto venne da me eseguito in Venezia in un occhio di Nicola Pasini, in un altro di Francesco Tullio, ed in ambedue quelli di Teresa de Este, ma tutte, e quattro le dette operazioni furono seguitate da iritide grave, ed atrofia con mio grandissimo dispiacere.

Varie riflessioni intorno alla pratica di analoghe operazioni.

§. 12. Dopo questi casi infelici io volgeva nell'animo mille pensieri, e diceva a me stesso. In qual modo accade mai, che possiamo così felicemente praticare l' ectomia, ed anche l' estrazione anteriore, ma poi combinando le due operazioni ad un tempo istesso l'occhio non le sopporta! . . . Ciò mi recava tanta più meraviglia perchè io mi rammentava d' aver più fiate recisa una falda netta dell' iride nell' atto di aprire la cornea, e quella accidentale recisione, anzicchè recar danno all' infermo mi avea dato facilità di estrarre la cateratta, ed avea determinata una oftalmia traumatica moderatissima. Dalle quali riflessioni mi è sembrato giusto conchiudere che l' ectomia determinasse una tale attività morbosa nell' organo della vista, per cui quello non potesse dopo sopportare la seconda senza gravemente infiammarsi.

Metodo stabilito sui dati di sopra riferiti.

§. 13. Tali furono i dati, che mi guidarono a non più eseguire separatamente le due operazioni; ma a praticarle in un tempo solo, onde fare determinatamente ciò che più fiate erasi da me, e da tanti altri eseguito per casualità senza eccitare l' iritide grave, e così ottenni il desiderato sucesso attenendomi alle seguenti regole.

PROBLEMA X.

Dato un caso di sinizesi, e cateratta vera con igieneurosi praticare l'ectomia congiunta all'ecraxis in un tempo solo.

Reg. I. Si eseguirà il taglio della cornea dirigendo la punta del coltello sull'iride, e si attraverserà questa membrana deliberatamente passandovi il ferro di dietro in guisa che ne risulti una falda libera, e grande, come rappresenta la Fig. 2. Tav. XIV.

Reg. II. Quantunque il coltello nell'attraversare l'iride avesse squarciata ampiamente la casula s'introdurrà l'ago lanciato per la ferita della cornea, e per entro alla nuova apertura dell' iride, e si smuoverà con esso la cateratta dal suo posto, onde condurla fuori per la nuova pupilla; ma se vi fosse ifemia, locchè arriva di sovvente, si farà uscir fuori il sangue, innanzi di portare nell'occhio il cistotomo come è spiegato nel lib. II. pag. 158. §. 12.

Reg. III. Se la falda dell'iride recisa non fosse uscita fuori, o nell' atto di compiere il taglio della cornea, o nell' atto di tirar fuori i grumi di sangue; si potrà afferrarla mediante la pinzetta dentata, e portarla via. Il più delle volte essa non rimane attaccata all'iride, che per un breve tratto e basta una leggiera forza a compierne la separazione tirandola fuori mediante la pinzetta, se però fosse molto aderente bisognerà reciderla come ne' casi di ectomia vedi Tav. XIV Fig. 3., ma allora vi sarà pericolo, che l' operazione riesca lunga, e tormentosa.

Reg. IV. Fatta uscire la lente mediante il cistotomo rappresentato nella Fig. 4. e con qualche pressione moderata, si toglieranno i residui casulari, come ne' casi di estrazione semplice; ma per lo più il coltello avrà distrutta la parte centrale della casula anteriore nell' atto di recider l' iride, e quella uscirà fuori da per se medesima assieme colla cateratta, o colla falda dell' iride.

CAPO L.

Dilucidazioni delle regole da tenersi in questi casi.

§. 1. Quel tanto, che ho spiegato nella ecraxiologia serve a rendere intelligibili le regole ora esposte, ed a conoscerne l' utilità, sicchè non mi trattengo a dare ulteriori dimostrazioni. Perchè non si dieno ulteriori spiegazioni.

§. 2. Giova per altro avvertire il lettore, che ne' casi di ceratoscotesi complicata si dovrà aprire la periferia della cornea verso quel luogo in cui trovasi la parte più sana di essa, come si pratica in tutti i casi di ectomia, e si dovrà immergere la punta del coltello nell' iride al più presto, e farla uscir fuori a notabile distanza affinchè l' apertura riesca grande quanto si richiede (vedi lib. I. pag. 14. e §. 55. lib. II. pag. 152 §. 2.) Le figure 6. e 4. della tavola XIV. servono a spiegare la forma del taglio, e della falda dell' iride. Avvertenza da tenersi ne' casi di ceratoscotesi complicata.

§. 3. Ne' casi dubbii avendo riconosciuto il pericolo di eseguire un' operazione lunga, e distinta in due tempi consecutivi siccome ho descritto più sopra §. 11. pag. 129. ho invece stabilito per una regola fissa di aprire la pupilla per ectomia, e veduto ch' esiste la cateratta, mi sono astenuto dal progredire innanzi, ed estraerla; ma ho ricomposto l' occhio e messo a letto l' infermo, passati 20. giorni circa praticai l' estrazione anteriore colle solite regole, e mi riuscì allargare la nuova pupilla e squarciare la casula nell' atto di eseguire il taglio della cornea praticando in essa grandissima apertura, talchè la cateratta uscì con molta facilità, l' operazione fu di breve durata, e si ottenne successo felice. Regole osservate ne' casi dubbiosi.

§. 4. Questa operazione venne praticata in clinica negli occhi di Luigi Maddalena, e di Matteo Gaglione perchè la sinizesi non mi permetteva di riconoscere le caterattе vere se non dopo l' ectomia, e vi erano indizj di complicazione desunti dai deboli gradi di vista residua, ma non vi era certezza. Esempio di operazioni eseguite in caso di complicazione dubbia.

Successi ottenuti, e caso unico infelice.

§. 5. Dopo avere fissata la mia pratica sulle regole ora spiegate ebbi occasione di eseguire ben dieci volte l'operazione complicata di cui trattasi ed il buon successo non mi è mancato se non chè nel solo occhio sinistro di Santillo, il quale però ebbe la fortuna di ricuperare il destro dopo l'ectomia semplice, in questo caso il taglio dell' iride mi era riuscito picciolo, e la casula non essendo stata squarciata bastevolmente si nascose in alto nel momento dell'estrazione, e dopo si formò cateratta secondaria al sinistro ed atresia.

Prospetto delle storie raccolte nel mio giornale.

§. 6. Dal prospetto XVII. si potrà conoscere, che le altre nove operazioni complicate ebbero sucesso felice, e lascierò al mio lettore investigare per qual ragione in casi tanto difficili, e complicati i sucessi sieno stati felici, come lo furono dopo quelle operazioni di cui ho dato conto al capo XXXI. §. 13. ed al capo XLVII. §. 4.

PROSPETTO N.° XVII.

Che riguarda i casi di Cateratta vera complicata, e curati in conformità del Problema X.

ANNO	NOME E COGNOME	LUOGO dell' ESERCIZIO	QUALITA' DELL' ABBASSAMENTO	ESITO
1816	Giuseppe Gatta	In clinica	Ceratoscotesi, e caterat. vera manifesta all' occhio destr.	Tagli ad un tempo solo. Felice al destro.
id.	Angelo Santillo	*idem*	Sinizesi e cateratta palese al sinistro. Sinizesi al destro.	Taglio picciolo, e cater. secod. al sinist. inutile. Felice ectomia al destro.
1817	Carlo della Santa	*idem*	Sinizesi, e cateratta manifesta al destro.	Tagli ad un tempo solo. Felice il destro.
1819	Cav. Barella Console di Alicante	In casa propria	Sinizesi, e cateratte manifeste ad ambedue gli occhi.	Tagli ad un tempo solo in ambe gli occhi. Felici ambedue.
id.	Pasquale Mionico	*idem*	Sinizesi, e caterat. al destro. Sinizesi semplice al sinist.	Tagli ad un tempo nel dest. Felice il destr. Inutile ectomia al sinistro.
1821	Gennaro Aprile	*idem*	Sinizesi, e cater. vera al dest. Cateratta fosca al sinistro.	Felice al destro ma nervi deboli. Buono ma si sviluppa sinizesi lenta al sinistro.
id.	Luigi Maddalena	*idem*	Sinizesi e cater. vere dubbie ad ambedue gli occhi.	Ectomia felice. Indi estrazioni ad ambedue. Felici dopo due mesi.
1823	Matteo Gaglione	*idem*	Sinizesi, e cateratta dubbia all' occhio destro.	Ectomia, e poi estrazione anteriore al destro in altro tempo. Felice il destro.
	Nella stessa persona		Cateratta vera semplice al sinistro.	Cateratta secondaria al sinistro.

Operazioni complicate n. 10. Inulile una, felici nove.
Quelle di Maddalena e Matteo Gaglione vennero praticate in due tempi molto lontani.

SUPPLIMENTO.

In cui si espone la storia de' varj metodi usitati onde curare la cateratta.

La storia di Sprengel si dà in compendio e si dirige a provare l'utilità dell'estrazione.

§. 2. Dopo l' erudito lavoro mandato in luce dal celebre Sprengel, (veggasi la prima parte dell' opera intitolata istoria delle principali operazioni di chirurgia) nulla potrei aggiugnere se non chè raccoglierò in maggior compendio le notizie da lui pubblicate prendendo di mira il rapporto, che quest' arte ha tenuto coi progressi delle scienze mediche, ed avrò cura di convalidare le dottrine da me adottate risultando dalla storia medesima una valida pruova a favore dell' estrazione.

Antico uso dell'abbassamento e pratiche usate in Alessandria secondo Celso, e Galeno.

§. 2. È facile convincersi, che la pratica dell' abbassamento fosse in uso molto prima del secolo di Augusto, ma dai più eruditi medici, che scrissero di que' tempi si ricava, ch' era per le mani di uomini puramente empirici per lo più ciarlatani, ed assicurano, che questa operazione fosse in uso anche in Alessandria al tempo degli antichi Re, poichè venne allora ammirato un certo Filossene di cui parlano Celso, (*a*) e Galeno (*b*), il quale usava l' abbassamento.

Cornelio Celso il primo descrive questa pratica.

§. 3. Noi dobbiamo, ciò nondimeno un tributo di lode a Cornelio Celso, il quale ci descrive per la prima volta l' abbassamento, e vi porta una mirabile precisione, tanto più giudicata meravigliosa da coloro, i quali credono non esser egli stato medico, nè chirurgo, e certamente non oculista di professione.

L'estrazione vien descritta da Paolo Egineta.

§. 4. I primi cenni dell'estrazione anteriore si trovano registrati nell' opera di Paolo Egineta lib. III. capo 22. ove parla di un certo Antillo, che viveva nel primo secolo dell' era volgare, e la descrizione di questo metodo venne poi chiaramente riferita nell' opera di Rhazes, il quale dà conto di Latirione, che

---

(*a*) Cornelio Celso lib. VII. pag. 337 ediz. Targ.
(*b*) Galen de parte artis medic. cap. 2. pag. 16.

attenevasi al metodo usitato prima dall'Antillo, ma in generale si raccoglie dagli scrittori dell'antichità che generalmente praticavasi l'abbassamento così in Grecia, come in Alessandria, ed a Roma. Questa pratica venne addottata anche dagli Arabi degli ultimi secoli, poichè furono in tutto pedissequi de' Greci, i quali sono stati i veri maestri del mondo non meno allorchè erano padroni, ma anche dopo essere stati soggiogati dai Romani, tanto è vero che il sapere è l'ultima ricchezza, che i conquistatori possano rapire.

Ippocrate non descrive queste operazioni.

§. 5. Non è facile determinare l'epoca in cui sieno stati inventati i due metodi, ma si può credere, che al tempo degli Eraclidi non fossero cogniti, poichè l'immortale Ippocrate non li descrive, e si potrebbero attribuire al bel secolo della Grecia, se non chè una classifica scoverta in un tempo in cui fiorivano tanti scrittori e Filosofi sarebbe stata segnata a caratteri indelibili, e si sarebbe allora onorato lo scopritore. È dunque probabile il credere, che tale pratica fosse in uso da tempi immemorabili, e che poi essendosi resa più commune per l'avanzamento dell'industria venisse degnamente registrata da Celso prima, e dopo da Galeno, e da Paolo Egineta

Imperfezione dell'oftalmiatria, e cause di questa ignoranza ne' tempi antichi.

§. 6. L'oscurità in cui si trovavano i fisici negli antichi tempi riguardo alla struttura di molti organi, ed alla natura delle malattie anche organiche, faceva sì che fossero egualmente all' oscuro sulla natura della cateratta, ma dominarono pregiudizj tanto gravi fra gli uomini dell'arte, che per lunghi secoli si avvisarono essere cosa disdicevole ad un uomo culto, ed erudito discendere alla pratica delle operazioni di chirurgia. Per l'influsso delle accennate cagioni i buoni medici si tennero lontani dall'esercitare una pratica utile, ed illuminata, e lasciarono a degli uomini arditi la pratica delle più dilicate operazioni, talchè in Alessandria, in Atene, ed in Roma l'arte dell'oftalmiatria si rimase quasi bambina per le mani di uomini puramente empirici, e quasi per tradizione nella seconda epoca di Alessandria si diffuse per l'Egitto, e nell'Asia. Ma ad onta della protezione, che accordarono allora i Califi agli studj medici, pochi progressi fece questo ramo di sapere per causa degli esposti motivi e Rhazes, ed Avicenna quantunque parlassero

a lungo su questo argomento poco si allontarono dai precetti di Celso; fuorchè questi maestri parlarono della pratica usata da taluni fin d'allora di estrarre la cateratta per la cornea, e descrissero l'uso di due aghi l'uno acuto, l'altro ottuso, onde eseguire l'abbassamento. Invenzione la quale doveva trarre la sua origine dall'idea di reclinare intera la cateratta.

In Italia verso il medio evo si coltivarono i buoni studj.

§. 7. Avvicinatasi l'epoca del medio evo le belle arti, e le scienze passarono dall' Egitto, e dalla Grecia in Italia, e gli studj medici incominciarono a fiorire; perchè essendo ormai state richiamate le muse sotto il nostro bel cielo, incominciavano i buoni studj. Ma in que' tempi i dotti si occuparono a svolgere i codici de' greci, e de' latini, e troppo ciecamente si abbandonarono alle autorità, e le opinioni de' greci, e degli arabi che dominarono le scuole, sopratutti Avicenna ebbe in sorte di regolare le scuole mediche di Europa per sei interi secoli.

Gusto della dialettica, ed autorità che dominarono le scuole.

§. 8. Insinuatosi presso i migliori maestri il gusto per la dialettica, e la forza delle autorità preso avendo luogo di dottrina, lo spirito umano restò lungamente inceppato, ed incerto, e l'arte nostra partecipava dell' imperfezione di tutta la medicina e delle scienze fisiche rimanendosi tuttora fra le mani de' ciarlatani, e talmente ignoravasi la natura della cateratta, che i migliori maestri la riguardavano come una membranella discesa dall'alto ad occupar la pupilla. Introdottasi fin dagli arabi questa opinione nelle scuole di medicina venne poi sostenuta da Guglielmo da Saliceto, e da Guidone Choliac, e venne così generalmente ricevuta, che la pratica dell'estrazione fu riprovata dai dotti, quantunque molti oculisti laici la eseguissero con successo, e venne abbandonata alle lor mani poichè non voleano i sapienti, nè comparire meccanici agli occhi del pubblico, nè esporre il loro nome fra l'incertezza de' successi

Verso il XVI. secolo si prendono ad esame le teorie.

§. 9. Però all' epoca del secolo XVI. s'incominciavano a prendere in serio esame tutte le teorie, che aveano rapporto coi nostri studj, e vennero discusse le opinioni sulla vera sede della cateratta.

Opinioni di Coiter e di Acquapendente sui fenomeni delle operazioni.

§. 10. Wolcker Coiter sostenne fin da quel tempo che gli umori degli occhi i quali fossero perduti nel praticar l'estrazione si doveano riprodurre. Fabrizio d' Acquapendente sostenne con vigore, che l'ago doveva agir sul cristallino, e distruggerlo.

§. 11. Ma anche in questa età i più dotti non fecero altro che attenersi agl' insegnamenti di Celso e di Avicenna, talmentecchè Ambrogio Pareo, Pietro Franco, Giorgio Bartisch, e Durante Scacchi non d'altro si occuparono se non di eseguire qualche abbassamento sempre con molto timore e vacillando fra mille incertezze; ed il Bartisch, già nel 1583 nella sua ophtalmoduleja pubblicata a Dresda si lamentava delle troppo frequenti operazioni infruttuose, così Fabricio Ildano, ed il Vigier, che si attennero al metodo Celsiano, e similmente lo Sculteto, il quale sebbene fosse uno de' più dotti, e famosi maestri di chirurgia de' suoi tempi, confessava di avere molto ribrezzo per questa operazione a motivo della difficile riuscita.

Incertezza sperimentata da molti verso il 1600.

§. 12. Finalmente verso la metà del secolo XVII. appoggiatosi il Mariotte sulle dimostrazioni recate innanzi da Francesco Quarrè pubblicò, che il cristallino esser doveva la vera sede della cateratta, ed il Rolfink nella dissertazione anatomica lib. 1. cap. 13. lo stabilisce con tutta evidenza, così Pietro Brisseaux al cadere di quel secolo dimostrò la cosa con evidenza ne' cadaveri di coloro, che erano morti avendo la cateratta, per le quali dimostrazioni restò annullata l'opinione che il cristallino fosse la sede immediata dell' organo della vista.

Opinioni di molti sulla vera sede della cateratta, e sulla sede dell'organo della vista.

§. 13. Anche il Maitrejean nel 1682 si dichiarò convinto che la cateratta fosse propriamente il cristallino opaco; ma il de La Hire, ed il Gastaldy riprodussero le antiche opinioni, sicchè da ultimo Gio: Batista Morgagni fu quello che pose termine alle contese conducendo la cosa all' ultima evidenza col suo fino criterio.

Opinioni di Maitrejan, e de' suoi oppositori.

§. 14. Cristoforo Gio: Enrico Freytag praticò intanto una parziale estrazione laterale in Zurigo fin dall'anno 1694. siccome 17. anni dopo ci venne riferito da Gio: Muralt; ma egli contentavasi di tirar fuori la casula mediante un ago ad uncino, e l'apertura ch' eseguiva nella sclerotica non poteva bastare a tirar fuori il corpo cristallino, però il di lui stromento era troppo imperfetto a quest' uso, quantunque somigliasse ad una pinzetta, ed essendo picciolo non poteva servire ad altro sennonchè a tirar fuori la casula, ch' egli cercava di avvolgere, e condur fuori; nè molto dissimile da questo era lo stromento posto in uso dal Woolhouse, il quale riguardava la cateratta, come una semplice membranella.

Primi tentativi dell'estrazione laterale in Zurigo.

*

Riflessioni di Maitrejean e di altri.

§. 15. Antonio Maitrejean sostenne, che la cateratta doveva deprimersi mediante un ago a lancia, dimostrato avendo, che quella perchè era convessa in molte sue parti sfuggir deve dall' ago conico, o cilindrico, ed osservò il tremolio del vitreo sfuggito fino allora a tanti oculisti. Alberto Federico Chapuseau conobbe la cateratta casulare, e giudicandola molto frequente ci propose un' ago fatto a pinzetta.

Epoca in cui Bernardo Albino pose sicuri fondamenti.

§. 16. Ma siamo giunti all' epoca in cui i più sicuri fondamenti dell'arte nostra, ed una maniera di giudicare dotta, e ben ponderata venne esposta al pubblico da Bernardo Albino mandando egli in luce la sua memoria stampata l' anno 1695. a Francfort sull' Oder, la quale è degna di quel grande Filosofo, ed anatomico, ch'egli era, e forma un epoca memorabile per l' arte.

Estrazione anteriore usata in Torino, ed in Olanda.

§. 17. Frattanto un certo Loterio in Torino, ed il sig. Howen in Olanda praticarono l' estrazione anteriore con mirabili sucessi verso l'anno 1709. se non chè il primo aveva una riputazione ristretta in poche provincie, ed il secondo per quel genio speculativo de' suoi compatriotti faceva un mistero del suo metodo. Quasi all' istessa epoca Francesco Pourfour du Petit praticò l'estrazione dopo l'abbassamento in que' casi ne' quali sotto il maneggio dell'ago il cristallino era caduto nella camera anteriore, e di nuovo sorgevano dispute fra i professori perchè aveano trovato la cateratta membranosa, ed altre fiate riconoscevano il corpo della lente anche nella semplice pratica dell' abbassamento.

Estrazione usata per le cateratte molli.

§. 18. Da questi tempi era stata addottata l'opinione che si dovesse aspettare l'epoca della maturità, e venne questa combattuta da Antonio Le Moine e da Benedetto Duddel, che trattò molto accuratamente dell'abbassamento, e che prima del 1629. praticava l' estrazione anteriore ne' casi di cateratta molle.

Taylor ebbe gran nome, e seguitava gl' insegnamenti di Petit.

§. 19. Circa il 1730. il Taylor ebbe un' epoca luminosa fra i migliori oculisti, ed esercitava l' arte, e ragionava secondo le dottrine insegnate dal Petit; egli avea conosciuta a quest' epoca la pratica della ceratonisi, ch' eseguiva promiscuamente, ed usava talvolta anche l' estrazione anteriore, se la cateratta fosse stata picciola, o molle. Chiunque avrà letto più sopra intenderà perchè il Gunz sostenesse, che l'ago tanto acuto non era oppor-

tuno; ma il Duddel, come ancora F. Heistero, e C. F. Eischembach fecero conoscere che moltissime volte erano riuscite infruttuose anche le operazioni da esso lui praticate.

Lavori di Sharp e di Platner sulla maturità, e sui due metodi.

§. 20. In seguito Samuele Sharp, e Zaccaria Platner scrissero colla dovuta precisione scientifica sull'abbassamento della cateratta, e distrussero l' idea della maturazione, ed il primo si occupò dopo alcun tempo di render più semplice il metodo di Dawiel.

Il Platner avea insegnato le pratiche riprodotte dai moderni per l'abbassamento.

§. 21. Il Platner raccomandava di già a quei tempi l' uso di un ago colla punta alquanto larga, e voleva che questo si piantasse a molta distanza dal confine della cornea; suggerimenti utilissimi ambedue riprodotti dai moderni medici Hey, e Bowen, sì per meglio dominare la cateratta, come anche per lacerarla senza recar contusione alle membrane dell' occhio.

Molte opere comparse in luce e memori del Petit.

§. 22. In mezzo alle pratiche de' due metodi, alle varie modificazioni di questi, ed alle molte opere scientifiche, le quali di continuo si pubblicavano, comparvero in luce gli scritti di Cratone Keck, di Teodoro Sproegel, di Pietro Idema, di C. F. Nibe, e Giovanni Righellini, opere tutte lodevolissime; ma non mai comparabili alle memorie che il celebre Petit pubblicò negli atti dell' accademia delle scienze di Parigi nelle quali per la precisione a cui venne ridotta l' anatomia dell' occhio, e per la giustezza de' principj, e delle opinioni egli ha dimostrato penetrazione acutissima, sapere profondo, e vedute vantaggiose alla pratica; talchè meritò d' esser chiamato il maestro de' dotti.

Dawiel seguitava le pratiche di Petit e formò un nuovo metodo.

§. 23. Comparve intanto Giacomo Dawiel, il quale mettendo a profitto i lumi de' più grandi maestri, praticò ordinatamente, ed appositamente ciò che avevano usato di fare per caso il Petit, il Saintyves, e varj altri, i quali nell' eseguire la depressione avendo spinto il cristallino nella camera anteriore, si erano poi determinati a praticarne l'estrazione, e ciò venne eseguito con felice esito, come ho pur io osservato vedi capo XLVII. pag. 194.

Metodo da lui usato.

§. 24. Il valente Olandese determinò adunque le regole, e rese generale la pratica dell' estrazione per tutti i casi di cateratta. Consisteva il metodo usato da Dawiel nel passare un ago lanciato attraverso alla cornea penetrando dal suo margine inferiore fino verso il centro della pupilla, e ritirato questo, egli introduceva pel

medesimo foro un'altro ago ottuso, e largo che il dilatasse, e dopo le sue cesoje curve mediante le quali allungava il taglio nella periferia della cornea; così a destra, che a sinistra finchè fosse riuscito eguale a due terzi della sua lunghezza. Ecco che quel grande maestro aveva già conosciuta la necessità di eseguire una grandissima apertura della cornea.

Trattamento della casula.

§. 25. Indi la sollevava mediante una spatola, e lacerava la casula col cistotomo lanciato usitato anche al presente, e mediante leggiere pressioni faceva uscire la lente, e toglieva colla spatola i residui di casula impiegando un cucchiajo o curetta per toglier via le parti che fossero molli.

Riputazione acquistatasi, e primi sperimenti del nuovo metodo.

§. 26. Questo maestro venne dunque da tutti, e principalmente dai dotti francesi proclamato, ed ammirato; come inventore del nuovo metodo. Chiunque sà qual voga prendessero in Francia le scienze a quell' epoca, e come giustamente la chirurgia francese venisse apprezzata da tutte le nazioni d' Europa, concepirà a qual grado di riputazione salisse quell' abile professore il quale già nel 1752. dà conto di 206. operazioni la maggior parte felici, poichè la perdita non arriva alla ragione del 12 per cento, cosa che avrebbero dovuto tener di mira molti de' nostri moderni, i quali si mostrarono contenti di un successo inferiore, e con filosofica sincerità, egli dà conto così de' buoni come de' successi infelici.

Modificazioni del Pallucci, e del Siegward.

§. 27. In seguito il Lafaye tentò ridurre il nuovo metodo a quella semplicità, che tanto era allora desiderata nella chirurgia, e fece il taglio della cornea usando un semplice coltello, poi lacerava la casula mediante un cistotomo nascosto entro una canula piatta, che veniva spinto fuori per l' urto del dito, e che poi retrocedeva per la forza di un filo di ferro spirale, ma in tutto il resto regolava egli l' operazione come il Dawiel.

Altri seguaci del nuovo metodo

§. 28. Questo metodo venne ben tosto abbracciato dal Poyet dal Pope, Durand, Grandjean e tanti altri, ognuno de' quali volle portarvi delle modificazioni, e cercò togliere quegl' inconvenienti che parevano loro i più gravi; ma principalmente si occuparono di stromenti destinati o a fissar l' occhio, o a traforare la cornea per forza di qualche molla; ordigni, che tutti si dovettero ab-

bandonare perchè recavano maggiori pericoli di quelli, che si voleano evitare.

§. 29. Dopo i citati maestri sembra, che il barone di Wenzel col suo penetrante ingegno portasse quel metodo alla desiderata perfezione, avendo posto in uso di lacerare la casula collo stesso coltello da cateratta innanzi di compiere la punzione senza adoprare verun altro stromento nella massima parte de' casi, e tanto egli riuscì felicemente coll' estrazione, che giammai si son vedute concorrere tante persone a farsi curare per quante ne venivano da lui, di modochè in Parigi ed anzi per tutta la Francia sono cognite, e provate le numerosissime guarigioni ottenute da questo capo scuola.

Grande riputazione, e pratiche di Wenzel.

§. 30. Frattanto il Morand che aveva adottato il nuovo metodo imitando il maestro de' suoi tempi anche nell'addottata massima di istituire una serie di sperimenti, e pubblicarne i sucessi, notò che in dodici casi cinque ricuperarono la vista perfettamente, e due men perfettamente; essendo state eseguite le estrazioni, o per mano sua, o del Lafaye, ed il nuovo metodo andò sempre più diffondendosi ad onta di moltissime opposizioni pubblicate da Nicolò Giuseppe Pallucci, dal Righellini, dal Gentil, e da tanti altri. Bentosto il Siegward mostrò gli errori del Pallucci, ed esaminò con molta equità la pratica di Dawiel, e Giacomo Renat Tenon è stato in allora uno de' più felici pratici, e fermo sostenitore dell' estrazione.

Sperimenti di Morand, e La Faye.

§. 31. Zaccaria Vogel credè perfezionare il metodo usando un coltello concavo convesso, nell' idea di poter così evitare l' offesa dell' iride; ma in quella proposta non si era calcolato nè la mollezza delle parti, nè l'effetto delle contrazioni, che rendono vane talune precauzioni, però s' avviddero ben presto i pratici che un tale istromento non può tagliar bene perchè il coltello deve tagliare come una sega, ed una sega curva taglierebbe a stento.

Coltello concavo usato dal Vogel.

§. 32. Ad onta di tutte queste pratiche usate in Francia, ed in Germania; Angelo Nannoni volle attenersi strettamente al metodo Celsiano, e fu in Italia pel suo sapere, e pel suo vero merito un autorevole oppositore al metodo nuovo combattuto per altro da Gio: Giacomo Lodovico Hoin chirurgo di Digione, sen-

Opinione del Nannoni a favore del motodo Celsiano.

nonchè a quest' epoca molti de' nostri pratici studiarono a Montpellier, ed a Parigi con protezione de' Sovrani d' Italia per diffondere ovunque le norme della chirurgia francese, e così si propagarono le felici dottrine, e gli utili insegnamenti dati in Napoli dal celebre professore Troja, a Roma da un Sisco, e da un Flajani, a Venezia dall' Astolfoni, e dal Tonon, a Bologna dal professore Atti, ed a Torino dal Rossi, i quali tutti usarono la pratica dell' estrazione anteriore imparata dalla scuola francese, e contemporaneamente in Germania si elevarono a favore del nuovo metodo. Ger. Haaf, e Giorgio Enrico Troschel, ed in Edimburgo ne fu grande sostenitore Tommaso Joung, il quale pubblicò di aver praticato sei operazioni consecutive tutte con esito felice, e Giacomo Lodovico Schürer adoprò le forbici di Dawiel con grande fortuna, anche Olof Acrel nella Svezia dimostrò i vantaggi del nuovo metodo, e gl' inconvenienti del metodo di abbassamento tanto raccomandato allora dal Ferrein, e sostenuto da Giuseppe Wahlborn; ma dovunque sorgevano dispute, ed oculisti di varie opinioni, e la pratica del nuovo metodo diffondevasi per tutte le migliori scuole di Europa.

Modificazioni portatevi da taluni altri.

§. 33. Il signor Berenger addottò anch' egli il nuovo metodo, se non chè apriva le palpebre mediante una spattola d' argento, fissava l' occhio mediante un uncino, ed impiegava un coltello colla punta allungata. Gio. Colombier stimò poter addattare i metodi alle varie specie di cateratta. Gio: Federico Reichenbach si attenne con precisione al metodo di Dawiel, il quale benchè sembri molto complicato ha notabilissimi vantaggi, poichè l' apertura della cornea fatta per gradi riesce di una giusta misura.

Cangiamenti proposti dal Guerin.

§. 34. Il Guerin menò molto rumore proponendo un coltello a scrocco spinto da una molla per tagliare la cornea ed incominciando a proporre, che si abbandonassero le pinzette, e che si squarciasse la casula lasciando alla natura i così detti accompagnamenti, ossia residui casulari, la qual pratica è di grave pericolo siccome ho dichiarato più sopra pag. 87. §. 2, e per prova di ciò egli riferiva di aver ridonata la vista anche praticando una semplice puntura nella casula, e pretendeva che fosse rimasta sana, ed intatta la lente, e che quella cateratta da esso vuotata si dovesse attribuire

unicamente all' umore del Morgagni. Per quanto ho potuto riconoscere da varj casi di tal natura ciò osservasi nelle cateratte per atrofia in cui la lente sia stata assorbita, e non si ritrovi più dentro la casula se non chè un umore biancastro, il quale esce appena squarciata ; ma vi è probabilità , che quella ricada nel lume della pupilla , e formi una cateratta secondaria. Molti esempi mi persuadono che se la lente esistesse ancorchè sana , appena rotta la casula uscirebbe dal suo posto , e scompaginatasi diventerebbe opaca nel termine di pochi giorni. Su questi dati mi conviene credere che nel suo sperimento il Guerin abbia trovato una lente fusa per atrofia, ed una casula molle, la quale siasi scompaginata al primo urto dell'istromento, ma questi casi sono rari, e quando pur si trovasse l' organo cristallino in tale stato la paralisi accompagnerebbe quasi sempre questo difetto.

Pratiche luminose tenute da Richter.

§. 35. Circa l' anno 1770. cominciò un' epoca luminosa per l' oftalmiatria in Germania , poichè il metodo di Dawiel è stato semplificato, sviluppato , e posto felicemente in pratica per opera dell' immortale Augusto Gotlieb Richter chiamato giustamente il padre della chirurgia Allemanna, ed il suo trattato su questa operazione pubblicato a parte in una memoria stampata a Gottinga l' anno 1776 e compreso anche ne' suoi elementi di chirurgia basterebbe a formare un buon oculista, ed è tale che oscura le opere, che lo hanno preceduto , e molte altre de' nostri contemporanei, egli però sembra inclinare pel metodo Celsiano ; ma non determina la quistione che riguarda il valore de' due metodi.

Pratiche del Barth.

§. 36. Frattanto l' allievo più fortunato del Barone Wenzel scioglieva coll' esperienza tutte le obbiezioni possibili contro del nuovo metodo , intendo parlare del Prof. Barth, il quale eseguiva l' estrazione anteriore con tanta fortuna , che in Vienna si elevò al di sopra di tutti i pratici del suo tempo per questo ramo, e non solamente in tutte le parti dell' impero Germanico egli veniva ammirato, ma altresì nell'Olanda, e nella Gran Brettagna era ricercatissimo perchè il successo delle di lui operazioni era provato da mille sperienze , e se riguardasi il numero degli oftalmici , che ricorrevano a lui , e gli onori che ha saputo meritare si può dire , che dopo Wenzel egli è stato uno de' primi oculisti di

Europa, nè poche dottrine si acquistò il Prof. Beer vivendo seco lui per molti anni, onde penetrare, rettificare, e mettere in piena luce le regole da esso tenute in que' tempi ne' quali era costume di molti dotti coprire l' arte nostra di un profondo mistero.

Antico metodo riprodotto da Pott; e da altri.

§. 37. In questa medesima epoca Percival Pott rimise in credito l'antico metodo dell'abbassamento appoggiandosi alle dottrine anatomico-fisiologiche dell' assorbimento, che operar debbono i linfatici, dottrine in grandissima voga presso i dotti, perchè i linfatici allora solo si cominciavano a riconoscere, come formanti un sistema generale, e l' opinione che bastasse rompere, o allontanare dal suo posto la lente per vederla distrutta venne appoggiata da un' osservazione del Marchand, il quale dopo la depressione venuto a praticar l' estrazione di una cateratta secondaria non trovò più lente, ma soltanto la casula.

Il Janin continuava a praticare l' estrazione e fece progredire l' arte.

§. 38. Gio: Janin ciò non di meno sosteneva a Lione, e per tutta la Francia il coraggio degli oculisti intraprendenti, e dotti; poichè riuscì fortunato mediante l' estrazione in qualunque specie di cateratta, e diede un luminoso avanzamento alla pratica della corotecnia, egli insegnò di tagliar via mediante le forbici la casula troppo aderente alla jaloidea, e raccomandò, che si aprisse per ben due terzi la cornea nella periferia. Il giusto sapere di quel felice ingegno, la pratica fortunata, e la profonda dottrina di un così grande maestro non avrebbe meritato neppure quel rimprovero, che taluni hanno creduto potergli fare, di aver peccato qualche volta per un sovverchio ardire. Non era questo, che risultamento di rara penetrazione, e di un giusto calcolo, il quale deve riguardarsi come un illuminato coraggio, spesso guidato dal genio per la riuscita delle difficili imprese.

Richter praticò molto sovente l'estrazione.

§. 39. Il sullodato Richter avea praticata così di sovvente l'estrazione ed avea lasciata così indecisa la quistione, che Giuseppe Hellman, e Gisberto de Vitt vollero imitarlo praticando questo metodo in varj paesi della Germania, e lo imitò il Lobstein, il quale volle riprodurre l' uso del coltello convesso al di fuori, e piatto al di dentro già usato da Zaccaria Vogel; ma anche in Francia seguitarono le stesse dottrine il Durand ed il Grandjean, che praticarono felicemente l'estrazione verso quel tempo.

§. 40. Poco furono allora ascoltate in Germania le voci elevatesi da Gio: Federigo Henckel, e da Giuseppe Morenheim, i quali esageravano l'utilità dell'abbassamento, ma il Mursinna, il Casaamata ed il Sommer ebbero grandissimo nome di oculisti seguitando le pratiche insegnate dal Richter e da Lobstein riguardo all'estrazione anteriore. Il Morenheim, e l'Odellio pubblicarono a quest'epoca varie osservazioni sulla cateratta aderente all'iride, e di simili osservazioni se ne trova pure una pubblicata dall'abile fisiologo, e chirurgo Prohascka tendente a dimostrare, che la cateratta secondaria dipende talvolta non dalla casula, ma da una membranella situata dinanzi a quella, e aderente coll'iride, locchè siccome ho dichiarato nel libro II. pag.87. §. 33. può ripetersi da linfa versata sulla membranella acquea dalla superficie dell'uvea nel corso dell'iritide.

In Germania pòco sono stati ascoltati i seguaci dell'abbassamento allora,

§. 41. A questi tempi era così diffusa in Francia la pratica dell'estrazione, che il Pellier ebbe a dire, essere andata in disuso la depressione, e si elevò contro l'autorità di Pott cotanto favorevole a questo metodo facendo conoscere di aver posta in uso la pratica dello Sharp poichè avea addottato il medesimo coltello, ed anche il costume di lacerare la casula nell'atto della punzione, pratica destramente usata dal Barone di Wenzel secondo quel tanto, che ci fece conoscere suo nipote nel 1783.

In Francia erasi abbandonato l'abbassamento.

§. 42. Ormai la nuova pratica si era diffusa fra noi ed oltre i varii professori lodati più sopra pag. 232., Gio: Bartolozzi eseguiva il nuovo metodo in Verona con molto successo e promulgò per l'Italia l'utilità di questa pratica.

In Italia il Bartolozzi si distingueva a favore dell'estrazione.

§. 43. Il Siegerist oculista a Gratz nella Stiria raccomandò l'uso d'un coltello, il quale non è certamente da disprezzarsi; consiste questo in un ago lanciato posto all'estremità di un coltello da cateratta, che offre il vantaggio di poter lacerare bene la casula pria che la lente venga rimossa dal suo posto per via di contrazioni e serve a formare un taglio di giusta misura (*a*): sembrami che pel timore di romperlo, o per altre ragioni non bene calcolate

Coltello di Siegerist abbandonato di leggieri.

(*a*) Beschreibung des Staarnadelmesser und Gegenalters Wien 1784.

questo sia stato troppo facilmente posto in non cale, ed anche Gionata Wathen ad onta delle proteste del celebre Pott si attenne in quel tempo al metodo del La Faye.

Il trattato di Bell non piacque in Germania

§. 44. Il trattato di Beniamino Bell non ebbe la stessa fortuna in Germania, come in Inghilterra essendo stato preceduto da quello del Richter, e si notarono molte imperfezioni nella sua descrizione de' due metodi. Quanto alla scelta, egli lascia ancora molta libertà o piuttosto incertezza. È però cosa degna da esser notata ch' egli fa un cenno del metodo laterale di estrazione, e dice averlo anche sperimentato sui conigli, ma l' istromento proposto per l' estrazione non essendo, che un largo uncino non sembrami addattato, principalmente se la casula fosse tenace e membranosa. Questo metodo è stato poi tentato dal Dottor Hearle in Inghilterra siccome vien riferito nella biblioteca oftalmologica de' professori Schmidt, ed Himly, ma neppure la pinzetta immaginata dal medico inglese sembra poter riuscire proporzionata al bisogno, e s' egli è stato fortunato poteva esserlo unicamente in qualche caso di atrofia del cristallino, o in caso di cateratta secondaria membranosa, o nelle cateratte albuminose molli; mentre la sua pinzetta non corrisponde alla forma delle cateratte solide, nè sembra ch' egli praticasse un taglio proporzionato al loro volume.

Tentativi del metodo laterale caduti in obblio.

§. 45. Queste prime idee, ed i tentativi de' chirurghi inglesi sul metodo laterale furono per tal modo trascurati, che soltanto tre anni dopo aver messo in pratica questo metodo e molto tempo dopo aver letta una memoria alla società medica di Bologna su questo argomento venni in cognizione de' loro tentativi.

Gleize e Demours eseguirono l' estrazione felicemente

§. 46. Gleize nel suo trattato, che ha per titolo *Nouvelles observations pratiques* non fa che riprodurre l' abbandonato abbassamento, e poco aggiugne alla pratica dell' estrazione tenuta dal Demours, il quale la eseguiva con molta fortuna, e si meritò fama di oculista valentissimo.

Opinione di Rowley per conservare gli umori.

§. 47. Guglielmo Rowley è stato un' altro seguace dell' estrazione già praticata dallo Sharp, e da molti de' suoi colleghi, egli però ha giudicato essere di grande utilità, che si tenesse a supino l'infermo nell'atto dell'operazione per non far cader fuori

gli umori, ed è probabile, che questo suggerimento abbia dato l'idea al nostro Santorelli di aprire la cornea nella parte superiore, operazione pubblicata da quel professore in Vienna l'anno 1795. vale a dire cinque anni dopo comparsa l'opera del citato inglese, e quando il nostro italiano ritornavasi da Londra.

Estrazione superiore usata dal Santorelli. e riprodotta ora.

§. 48. Riguardo a questa pratica ho più sopra dichiarato pag. 154. che gli umori escono per forza delle contrazioni, e che l'apertura eseguita in alto riesce molto pericolosa, e difficile a trovarsi per adoprare gli stromenti sulla la cateratta; ma non di meno sotto altre vedute e con molte modificazioni ricomparisce ora a Vienna quel metodo per opera del valente Dottor Federigo Jäger, quale ha fatto conoscere, che il taglio superiore talvolta guarisce con mirabile facilità venendo mantenuto il lembo della cornea al suo posto assai facilmente dalla palpebra superiore. Non di meno io reputo che questo metodo non potrà rendersi generale, nè potrà dare gran numero di risultamenti felici, ed appena potrà sostenersi in favore per la rara abilità del citato collega, avendo già dichiarato le difficoltà inevitabili pag. 155.

Siebold dimostrò che si poteva tagliar l'iride impunemente.

§. 49. Carlo Gasparo Siebold nel 1792. dimostrò chiaramente che potevasi tagliare molta parte dell'iride nell'eseguir l'estrazione senza verun danno; ma questa recisione ha sempre recato un rincrescimento grandissimo agli oculisti, e Gio: Vanwy credeva facilitare il taglio della cornea mettendo in opera un coltello a forma di scrocco analogo a quello del Guerin, mediante il quale voleva egli praticare un taglio semilunare alla parte inferiore di essa: ma pochi adottarono questa macchinetta perchè esercitava una forte pressione, e produceva un taglio così angusto, che doveasi poi allargare mediante le forbici.

Celebrità e buon criterio del Joung.

§. 50. Intanto Gio: Enrico Joung aveva acquistata molta celebrità pel successo ottenuto mediante il nuovo metodo, ed i precetti da lui pubblicati nel suo metodo di estrarre la cateratta mandato in luce l'anno 1795. sono fondati sulle più giuste indicazioni talchè si possono dimostrare opportunissimi.

Conradi usò l'estrazione e poi la ceratonisi.

§. 51. Gio: Cristoforo Conradi pubblicò a Lipsia nel medesimo anno varj casi istruttivi riguardo alla stessa pratica; ma essendosi più volte imbattuto nella cateratta molle si diede a raccomandare

la pratica della ceratonisi per incisione, ossia per lacerazione impiegando egli una lancetta picciola, che passava attraverso alla cornea ed alla pupilla non dissimile dall'ago ultimamente adoprato dal professore Beer, quando si propose di rendere più efficace la lacerazione anteriore riprodotta, e commendata dal Dottore Buchorn. Vedi Tav. XII. Fig. 6.

Sensate osservazioni di Abramo Schiferli.

§. 52. Ridolfo Abramo Schiferli istruito dal sullodato oculista Inglese fu nella Svizzera il sostenitore più illustre dell' estrazione anteriore, e credè poter determinare che la maggior felicità di questo metodo posto a confronto coll' abbassamento si trovasse in favor suo come 1. a 2., locchè mi fa ricordare che le osservazioni cliniche si trovano in questo triennio come 15 a 30. circa in favore dell' estrazione paragonata all'abbassamento. Questo autore mostrò molta dottrina, e buon criterio nel suo scritto pubblicato a Jena, l' anno 1797. Egli praticava la reclinazione laterale, in que' soli casi in cui l' occhio, o fosse irrequieto, o picciolo ed infossato, attenendosi in questi casi alla pratica di Wilburg. In quell' epoca il rinomatissimo professore Barth diede in luce il suo metodo ch' era simile a quello usato da Wenzel con pochissimi cangiamenti. Questo oculista esser doveva di una estraordinaria destrezza, ed era di una statura elevata, per le quali prerogative egli destò l' ammirazione fra i dotti; avendo in uso di far appoggiare la testa contro del muro a' suoi infermi, che stavano in piedi come lui, e di aprire da per se le palpebre praticando l' operazione senza l' ajuto di verun assistente.

Discussioni, riguardo l'estrazione proposta dal Beer.

§. 53. Sorsero varie dispute intanto perchè il signor Beer propose potersi fare l' estrazione della casula contemporaneamente a quella della lente, ed in queste controversie Giovanni Adamo Schmidt ebbe campo di far brillare il suo felice ingegno analitico, e Carlo Alm Rudolphi mostrò il suo criterio e sapere anatomico; ma l'istesso Beer videsi ben presto ridotto a deporre la concepita speranza di riuscire in tale divisamento.

Serie di sperimenti pubblicati dal Mursinna e dal Helling.

§. 54. Alla stessa epoca in un giornale di chirurgia vennero pubblicate varie opinioni di Cristoforo Lodovico Mursinna; e del dottor Helling, i quali sostennero essere oltremodo rara la cateratta secondaria dopo l' estrazione anteriore, ed il primo

dichiarò averla osservata soltanto 3. volte dopo 306. casi d' operazione, ed il secondo due sole volte in 206. casi. Io non starò quì a provare quanta fede accordar si debba a queste relazioni avendola pur io osservata sole 18. volte in 585. casi di estrazione anteriore ; ma quel tanto ch' essi pubblicarono dimostra molta estensione di esercizio pratico , ed una riputazione eminente , e fa una pruova chiarissima , che ben di rado incontrar dovessero la cateratta secondaria, altrimenti i loro oppositori avrebbero risposto con pruove di fatto.

Il Weidmann fortunato nell' estrazione.

§. 55. Il Weidmann a Magonza praticò l'estrazione con molta fortuna , ed il suo coltello poco differiva da quello del Siegerist usando egli di aprire la casula nel tempo della punzione alla cornea , la quale pratica si trova descritta nella eccellente opera pubblicata col titolo di Biblioteca oftalmologica dal professore Himly tanto benemerito all'arte per molti perfezionamenti in cui è riuscito, ma principalmente per la scoperta sull' uso dello Josciamo in oftalmiatria.

Opera del celebre Scarpa e seguaci dell' abbassamento.

§.56. Comparve al tempo stesso in Italia l'opera classica del nostro maestro Scarpa nella quale in riguardo alla cateratta, egli raccomandò caldamente la reclinazione laterale , combinata anche colla lacerazione, ne' casi di cateratta molle, e questo metodo venne abilmente eseguito dai citati autori della Biblioteca Oftalmologica, dal celebre Mounoir nella Svizzera, e dal dottor Hey in Inghilterra (*a*).

Favorevole accoglimento fatto alla riproduzione dell' antico metodo in Italia.

§. 57. Elevatosi l'antico metodo per l' autorità di professori tanto distinti, i quali pel sapere nelle cose mediche oscuravano moltissimi pratici; la gioventù desiderosa di cose nuove, ed amante del facile, e del semplice abbracciava le nuove dottrine con fanatismo , e riguardava le operazioni de' nostri vecchi come un residuo dell'antica barbarie dominante nella chirurgia de' secoli passati, o come l' effetto della tenacità tante volte rimproverata agli uomini provetti. Allora fu che gli allievi della scuola di Pavia si trovarono in perfetto accordo coi discepoli del Nannoni , onde sostenere i metodi di abbassamento , e condurli alla possibile perfezione.

(*a*) Practical observations in Surgery London 1804.

I seguaci dell' estrazione si ritiraron quasi tutti dalla pratica per varie combinazioni.

§.58. Richiamato in quest'epoca presso la Real Corte il professore Troja si ritirò dagli affari. L'Amantea per l'età venne costretto ad abbandonare le sottili pratiche, ed il Sisco trovavasi occupato moltissimo delle altre parti della chirurgia; talchè questi maestri abbandonarono facilmente il campo ai nuovi oculisti. Intanto il professore Atti in Bologna, ed il Tonon a Venezia cominciarono a mettersi nel partito di quelli che praticavano l'abbassamento come fosse un atto di rispetto dovuto alla dottrina di così grandi filosofi, e solamente a Torino potei veder l' estrazione eseguita dal valente Prof. Rossi. Nella qual pratica, benchè riuscisse egli felicemente, così contraria era la mia prevenzione, che mi parve doversi attribuire il buon successo ad una pura casualità.

Ragioni, che si adducevano per l' abbassamento.

§. 59. Frattanto le incertezze erano per ogni parte siccome ho detto pag. 209. e pag. 212., ed i maestri neppur voleano descrivere l' estrazione dicendo esser questo un metodo da disprezzarsi, e doversi fare l' abbassamento perchè si potea ripetere quante volte fosse piacciuto al chirurgo, perchè era di un esecuzione semplice e facile, e chiudevano ogni discussione con dire che se n'erano trovati contenti.

Serie di sperimenti non pubblicata da questi professori.

§.60. Nessuno però di tali maestri ebbe cura d'istituire, per quanto mi è noto una serie di esperimenti comparativi, eccettuato il Flajani, il quale venne costretto dalle pruove citate pag. 212.§.43. di piegare a favore dell' estrazione, e quantunque egli fosse un valente, e dotto chirurgo non potè ottenere se non 14. casi felici fra 46 operazioni, nè ebbe difficoltà a pubblicarlo, poichè sapeva che generalmente i nostri chirurghi non erano più fortunati di lui. Si fu a questa medesima epoca, ch' io mi son trovato molto al bujo vedendo mancare ai migliori maestri circa la metà delle operazioni.

Chirurghi che abbandonavano l' arte nostra.

§. 61. Tutti agivano con molta trepidazione quando trattavasi di cateratte anzi la maggior parte de' chirurghi aveano abbandonata l' oftalmiatria disgustati de' successi, e mi dicevano, che le operazioni meglio eseguite aveano portato i più disgustosi effetti, e che non volevano mettere la loro riputazione sulla punta di un ago. Altri ebbero a farmi osservare che gli operati infelici ne' casi di pietra, o di ernia, o di aneurisma non poteano rovinare il credito del chirurgo in questo mondo, poichè erano

passati ad altra vita; ma per l' opposto gli operati infelici di cateratta sempre s' incontravano per la città mormorando contro il loro tiranno, e così fra tanti abili chirurghi, che vi erano in Italia, pochissimi aveano riputazione di oculisti, ed i giovani pratici de' più vasti ospedali potevano contare sulle dita di una sola mano le operazioni di cateratta vedutesi nel corso di un' intero anno. Nè credasi che mancassero le cateratte; poichè non si tosto messo in pratica il nuovo metodo, ed ottenutasi la guarigione di sessanta o poco più per cento, vidi in ogni parte d' italia offrirmisi l' opportunità di curare moltissimi ciechi. Non ebbi però poche discussioni a sostenere, perchè taluni infermi si aveano fatto leggere le opinioni de' dotti, e tutti i pratici si dichiaravano contro di me per timore delle gravissime infiammazioni. Nè questo dubbio potè dissiparsi se non quando si contarono 13 iritidi in cento casi di abbassamento, e soltanto 8 circa in cento casi di estrazione, e quando si videro le cateratte secondarie esser ridotte alla ragione del 4 per 100 circa dopo questo metodo, mentre gli altri ne registrarono in ragione del 17 ed anche 22 per 100 ne' casi di abbassamento.

Cosa importi raccogliere dalla presente istoria.

§. 62. Non mi distenderò adunque col riportare nuovi dettagli e riferire minutamente le indagini fatte dai moderni su questo argomento, che queste ormai trovansi sotto gli occhi de' sapienti, e mi basta richiamare l' attenzione del mio lettore sul corso della presente istoria perchè riconosca quanti, e quali valentissimi oculisti abbiano acquistato fama colla pratica del nuovo metodo, e come questo abbia dato coraggio per far progredire la pratica dell' ectomia, e per curare felicemente le cateratte complicate con atresia. Allorquando venne abbandonata l'estrazione dai nostri pratici erasi veduta deperire l'arte, e ciò fa pruova, che i sucessi non debbono essere corrispondenti alle speranze che si erano concepite dai migliori maestri, nè eguali a quel tanto che si ottenne dall' estrazione, e dall' ectomia negli anni clinici di cui ho dato conto in questi tre libri; poichè altrimenti non ci saressimo trovati nella necessità di ritornare alle antiche pratiche sotto la scorta dell' esperienza.

ANNOTAZIONE V.

In cui si dà conto dell' uso del setone per curare il Gozzo, ossia il Bronconcele.

Perchè si raccolgano le notizie degli esperimenti fatti in clinica riguardo al broncocele.

§. 1. In una lettera pubblicata, l' anno 1818, nel fascicolo IV. del giornale enciclopedico di Napoli ho dato conto di varj sperimenti da me tentati onde curare il gozzo mediante il setone, e poichè otto di questi vennero eseguiti in clinica nel corso di detto anno raccoglierò quì le notizie desunte dalle corrispondenti storie che formano parte del nostro giornale clinico.

Come venissero applicati i setoni.

§. 2. Il metodo curativo da me proposto consiste nel passare due, o più setoni mediante un forte spicillo dotato di cruna, e di una punta simile ad un trequarti; attraversata la sostanza del tumore con varie direzioni si lasciano i fili per eccitare una suppurazione, ed un processo d' infiammazione, che distrugga il tumore e non bastando questo mezzo, più d' una volta ho introdotto lungo i detti fili de' pezzi della radice d' elleboro, dell' empiastro con sabina polverizzata, oppure con escarotici d'altro genere.

Utilità di scomporre molte parti del tumore, e di applicare i cataplasmi.

§. 3. Ho notato inoltre che in un caso riuscì utilissimo introdurre un grosso spicillo lungo il foro, ed agitarlo fortemente per entro alla sostanza del tumore, e mi giovò in tutti i casi far applicare de' cataplasmi di lattuca, o di malva ben caldi sul gozzo dopo aver passato i setoni; poichè in tal guisa si ottenne una salutare, e copiosa suppurazione.

Primo esperimento del setone.

§. 4. Il primo tentativo fu praticato nel broncocele di Maria Carolina Trichiello, ed ottenne esito felicissimo poichè il gozzo non era nè aneurismatico, nè varicoso, nè eccesivamente duro, ed in men di 40 giorni videsi quasi interamente svanito. Questa donna ha potuto venire osservata da moltissimi dotti, perchè da qualche anno stà vendendo frutta in questa via di Chiaja n.° 34.

Tre altri sperimenti, e morte di una donna per causa del Tifo.

§. 5. Gelsomina Nuzzo, e Maddalena Credeni vennero in seguito curate con tutta felicità, e Marianna Sorrentino poi nel momento, che dava indizio di una felice guarigione venne attaccata da un tifo, il quale era frequente a quell' epoca nella città e

nell' ospedale contiguo alla clinica, e nel diciasettesimo giorno cessò di vivere ad onta delle nostre cure; però le petecchie, e la febbre vennero riconosciute non solo da tutti noi, ma altresì da varii colleghi.

Risultamenti osservati in quattro altri casi.

§. 6. Molto vantaggio ritrassero dopo di quelle, anche Antonia Mosca, e Maddalena Gentile, e soltanto Maddalena Pagone, ed il fratello di costei per nome Luigi, non trassero eguale profitto dal setone, e nemmeno riuscì loro vantaggioso il muriato di calce amministrato dopo a larghe dosi, nè la spugna bruciata, nè le preparazioni del jodio usate tanto per frizioni, come per bocca quantunque ne sopportarono fortissime dosi amministrate per gradi senza danno veruno, ma anche senza utilità, e soltanto Maddalena ritrasse qualche picciolo vantaggio a principio della cura dal setone.

Si dà conto di quattro donne curate in città nel modo stesso, una delle quali si tolse le fila e non volle esser curata.

§. 7. Quattro altre osservazioni consimili furono da me raccolte in città, ma una donna di queste quattro dopo due settimane per suo capriccio credendosi guarire più presto, si tolse via i fili del setone. Rimarginatasi tosto l' apertura inferiore si formò nel tumore un sacco fistoloso, ed ella non mi permise di fare la controapertura dicendosi guarita, anzi mi tenne occultato, che più fiate nella giornata era costretta di spremer fuori copiose materie. Avvedutomi intanto del guasto, che producevano tali materie, ed avvisatala del pericolo a cui si esponeva col lasciar progredire il male, volli praticare la controapertura, e rimettere il setone; ma essa si mantenne sull' ostinazione di non farsi curare, e ad onta ch' io continuassi a visitarla, ed ammonirla, e farla anche avvisare da altri chirurghi, che venivano meco dello espediente, che solo potea liberarla dalla fistola, tutte le mie cure riuscirono vane, perchè nè lei, nè i parenti credevano al pericolo. Frattanto appena due altri mesi erano decorsi, che le materie si fecero strada entro la laringe, e venivano respinte fuori per la bocca; allora incominciò l' assorbimento, e la consunzione; ma neppure in tale stato volle permettermi di fare la controapertura, e così venne finalmente a perire in termine di 4. mesi dall' epoca dell' operazione.

Cosa si possa dedurre da questo fatto.

§. 8. Questo disgraziato accidente prova soltanto, che passato il setone non debbonsi troppo presto ritirare i fili, e che se chiu-

dasi prima la parte inferiore delle aperture e non già la superiore sarà necessario ripassare i fili, o eseguire una controapertura. Finalmente se un' uomo vuole rovinarsi, e se i parenti non concorrono col medico a persuaderlo di prendere gli opportuni espedienti non sarà più in nostro potere salvarlo.

Riflessioni da farsi in favore.

§. 9. In tutti i riferiti sperimenti abbiamo passato più di 50. volte il setone senza mai osservare nè emorragia, nè pericolose lesioni de' nervi, e gl' infermi mi hanno assicurato, che l' operazione non era dolorosa. Piuttosto accusarono dolore nell' atto di agitare i fili per dar esito alle materie.

Vantaggi riportati nella maggior parte de' casi.

§. 10. Fra i dodici casi riferiti ne abbiamo adunque notato cinque guariti a perfezione, tre ebbero molto vantaggio, e due restarono come se non fossero stati curati, Pagone fra quelli di clinica, ed una donna in città, e le due che sono morte aveano anche notato sul principio una manifesta diminuzione del tumore. Sarà facile intendere che la loro disgrazia inevitabile dal canto nostro non si può per nulla attribuire all' operazione.

Distinzione del broncocele in quattro specie.

§. 11. Debbo ora far conoscere, che sul fondamento di queste osservazioni io distinguo il gozzo in quattro specie come siegue.

Gozzo molle.

§. 12. Il *gozzo molle*, e benigno, che di sua natura non è nè pulsante, nè varicoso, nè molto duro, ed è il più facile a curarsi, questo si osservò nella Trichiello ed in tutti i casi felicemente guariti.

Gozzo aneurismatico.

§. 13. Il *gozzo pulsante*, o *aneurismatico* si diminuisce con difficoltà, e tale era quello della Mosca.

Gozzo varicoso

§. 14. Il *varicoso* come quello della Sorrentino presentava delle grosse vene in tutta la superficie, e si restrinse, ma non si dissipò interamente.

Gozzo duro, e ribelle.

§. 15. Finalmente il *gozzo duro*, che sembra essere cartilaginoso, e potrebbe compararsi per la durezza ad un gomitolo di filo strettamente serrato. Suole essere ribelle ad ogni mezzo curativo, come fu quello di Luigi Pagone, e di un'altra inferma curata in sua casa.

L' estirpazione parziale si potrebbe usare nel gozzo duro.

§. 16. In questi casi forse potrebbesi eseguire una estirpazione quasi totale del tumore senza verun pericolo, perchè ho notato, che sempre le arterie tiroidee vengono spinte indietro dal tumore a misura ch' esso sviluppasi, e si trovano in quel tessuto, che

rimane più addossato alla laringe, e forse potrebbesi eseguire l' estirpazione per via di una legatura praticata circondando di setoni il tumore, e poi serrandoli per gradi sopra di quello, come si usa in taluni casi di fistola all' ano, o di polipi.

Perchè possa bastare una estirpazione parziale.

§. 17. Io credo che quando bisognasse venire all' estirpazione basterebbe eseguirla in parte; poichè ho notato, che allorquando la suppurazione avea distrutto una parte del gozzo il rimanente dissipavasi constantemente da per se stante il movimento salutare eccitato ne' sorbenti dal corso dell'infiammazione, e così si eviterebbe il pericolo di tagliare le grosse arterie, che sono molto profonde.

Walther praticò la legatura delle arterie tiroidee.

§. 18. Sono stato assicurato che il professore Walther di Landshut abbia eseguita con sucesso la legatura delle arterie tiroidee, onde curare il broncocele, e questa operazione la crederei molto efficace ne' casi di broncocele aneurismatico; ma sempre temere dell' emorragia secondaria, come ne' casi di aneurisma, e beni pochi vorranno mettersi a questo pericolo, onde liberarsi da un male, che è solamente incommodo, e deforme non già pericoloso.

Dessault, e Dupuytren praticarono l'estirpazione.

§. 19. Il celebre Dessault esperimentò la totale estirpazione, ma non è stato contento a quanto dicesi, come lo è stato il valente professore Dupuytren. Però così ardue operazioni non si potranno mai render communi, ove trattasi di un male, che non minacccia prontamente la vita dell' infermo, e perciò desidero che i colleghi trovino dall'esposizione delle nostre pratiche un espediente convenevole a perfezionare la cura di questo morbo, tanto più che le medicine finora usitate attaccano lo stomaco, e minacciano il petto, e le ho amministrate, e vedute usare più fiate senza veruna utilità.

Lettera pubblicata in Inghilterra, e sperimenti ripetuti da molti professori.

§. 20. Il dottor Sommerville tanto commendevole pel genio di far progredire l'arte pubblicò nelle transazioni mediche di Londra quella mia lettera citata più sopra. Dopo di che molti abili professori hanno dichiarato di *aver ricevuto con piacere le dottrine in essa spiegate*, ed il dottor Hutschison persuaso com' egli dice *per le esperienze ivi raccolte* si unì al professore Guning, e praticarono insieme novelli sperimenti negli ospedali di Londra, ed in Edimburgo. Altresì il dottor Ati Thomphsom praticò altre operazioni consimili, come anche il dottor James, e tutti se ne dichiararono molto soddisfatti, fuorchè una volta avendo assoggettata a questa cura una donna gra-

cile, ed inclinata alla tisichezza si è notato che questa dopo alcun tempo venne a perire tisica.

Relazione e risposta favorevole data dal Dottor Johnston.

§. 21. L' erudito dottor Jacomo Johnston, nel suo giornale intitolato rivista medico-chirurgica, in marzo dell' anno 1822 dà conto di questi esperimenti accordandosi coi dotti colleghi ad approvare le mie indagini, e risponde coi fatti alla mano, così chiaramente a tutte le obbiezioni pubblicate contro quella mia lettera del 29. aprile 1818 ch' io mi taccio, nè posso dubitare che questa pratica verrà portata a quel punto di sicurezza, che si può desiderare pel bene di tanti infelici.

Prospetto delle osservazioni cliniche.

§. 22. Ecco il prospetto delle storie registrate nel giornale clinico di quest' anno.

PROSPETTO N.° XVIII.

Che riguarda le storie di n.° 8. individui curati mediante il setone per distruggere il Broncocele.

NUMERO D'ORDINE.	EPOCA dell' OPERAZIONE.	NOME E COGNOME	ETA' di ANNI.	PATRIA	TEMPERAMEMTO	INFERMITA'.	ESITO.
1.	Anno 1817. 11. Novem.	M.ª Carol. Trichiello	36.	Casoria	Stenico linfatico.	Broncocele molle.	Guarita perfettamente adi 2 aprile.
2.	19. Dicemb.	Gelsomina Nuzzo	25.	Arienzo	*id.*	*id.*	*id.* adi 15 Maggio.
3.	Anno 1818. 15. Aprile.	Marianna Sorrentino	54.	Ponticelli	Bilioso astenico.	Broncocele con parti cartilaginose, e vene varicose.	Adi 15 Giugno morta per tifo.
4.	17. *idem*	Maddalena Credeni	22.	Afragola	Stenico linfatico.	Broncocele molle.	Quasi perfettamente guarita adi 24 Luglio.
5.	13. *idem*	Luigi Pagone	13.	*id.*	Astenico linfatico.	Broncocele duro e cartilaginoso.	Non guarito neppure col jodio.
6.	14. Febb.	Antonia Mosca	18.	*id.*	*id.*	Broncocele aneurismatico.	Quasi perfettamente guarita adi 22 Luglio.
7.	*idem*	Maddalena Pagone	20.	*id.*	Robusto.	Broncocele duro e carnoso.	Va meglio adi 27 Luglio.
8.	9. Aprile.	Maddalena Gentile	20.	Melito	Astenico linfatico.	Broncocele molle.	Notasi grande miglioramento al 1 Agosto.

Guarite perfettamente 3, -- 1. morta per tifo petecchiale, -- uno senza veruna utilità, -- tre ridotte in migliore stato.

SPIEGAZIONE DELLE TAVOLE

TAVOLA I.

Questa è destinata a rappresentare l' aspetto delle varie specie di cateratta.

La figura 1. rappresenta la tinta, e la convessità propria di una cateratta albuminosa, che si è trovata molle ed ingrossata, come se molta albumina fosse stata versata nel tessuto dell' organo cristallino.

La Figura 2. rappresenta la cateratta dura senile, che suole essere convessa giallognola, ed accompagnata dall' arco senile nella periferia della cornea. In questi casi la lente è dura, e la casula varia notabilmente di aspetto, e di tessitura.

La figura 3. rappresenta la cateratta cornea da paralisi, che suole essere fosca, e và congiunta a debolissimo residuo di forza visiva ne' nervi, vi si unisce quasi sempre l'arco senile della cornea segnato a a, trovasi la casula indurita, il cristallino diafano, e l' ambliopia nervosa.

La figura 4. rappresenta la cateratta arido-siliquata, che ha delle rugosità biancastre rialzate nella superficie, e che sembra tutta piana; trovasi per lo più con casula dura, ingrossata, e mancante dell' umore di Morgagni.

La Figura 5. è copiata da un' occhio con cateratta incompleta profonda, in questi casi se vi è igieneurosi la persona vede molti oggetti, e la casula trovasi quasi sempre diafana, se vi è ambliopia l' operazione riesce inutile.

La Figura 6. è copiata da una cateratta radiata olivastra, che accompagna o l' ambliopia, o l' amaurosi, la tinta sua dimostra, che il cristallino è semitrasparente.

TAVOLA II.

La Figura 1. è presa dall'occhio destro di N. Rossi in cui vedesi la sinizesi, e cateratta secondaria dopo l' abbassamento, non percepisce neppur la luce perchè l' iritide consecutiva all' abbassamento avea portato amaurosi.

La Figura 2. indica la direzione del coltello n. 1. nell' atto di cominciar la punzione.

La Figura 3. serve a rappresentare come la cornea passi da A: in B ed anche più sopra, e come il ferro nell'atto del taglio passi dal I. al II. e III.

posto, onde eseguire il taglio uguale a metà della periferia della cornea per causa del movimento di rotazione, che fa l'occhio spinto dal coltello.

La Figura 4. rappresenta il taglio fatto nella cornea, e la casula, che per essersi staccata in basso sfugge verso l'alto, la pupilla trovasi allungata e la lente stà per cader fuori.

La Figura 5. mostra il taglio semilunare usato dagli antichi attraverso alla cornea, il quale non è vantaggioso, e non porta cangiamento di posto nè alla casula, nè al cristallino.

TAVOLA III.

La Figura 1. rappresenta un taglio riuscito angusto, che si fa discendere sulla congiuntiva, onde facilitare il passaggio della cateratta.

La Figura 2. mostra la forma di un taglio così allungato, ed il cucchiajo diretto a togliere la casula, la quale sembra molle.

La Figura 3. mostra come la casula sia stata squarciata in tre parti e formerebbe cateratta secondaria se non venisse tolta per via dalle pinzette, ma essendo alquanto trasparente, e conglutinata alla jaloidea non si può togliere che difficilmente.

La Figura 4. serve a rappresentare i movimenti del coltello nell' eseguire il taglio della cornea, quando anche l' occhio sia quieto.

La Figura 5. rappresenta un cistotomo angolare.

La Figura 6. serve a spiegare come si debba portare il coltello per la I. II. e III. posizione, qualunque volta la cornea volgasi al canto interno, e sfugga.

TAVOLA IV.

La Figura 1. dimostra come il cistotomo formi un taglio angolare della casula.

La Figura 2. presenta lo stesso occhio in cui si fa la pressione, e si manifesta l' istimo, che divide la pupilla naturale dall' artificiale apertasi nel tagliare cornea, ed iride, senza fare il taglio netto della falda dell' iride.

La Figura 3. presenta l'istimo reciso dal coltello, ed il centro della casula che stà cadendo in basso.

La Figura 4. rappresenta il taglio dell' istimo quasi finito.

La Figura 5. dimostra l' effetto di un taglio picciolo quando la cateratta è voluminosa. Questa esce avviluppata dall' iride, che soffre dell' urto, e la casula staccatasi in basso si ritira verso l' alto lasciando passare la lente.

La Figura 6. è destinata a mostrare come il cistotomo lanciato possa tagliare a romboidi la superficie della lente, mentre la casula si ritira intatta verso l' alto.

La Figura 7. indica una bolla d' aria penetrata nell' occhio, la casula ritiratasi dopo l'uscita della lente, e la pupilla quasi libera, il cucchiajo stà per entrare, e condur fuori l' aria, come anche i residui di casula, se fosse molle.

TAVOLA V.

La Figura 1. rappresenta una cateratta avviluppata, ch' esce a stento sotto la pressione. La casula si ritira in alto, la pupilla si allunga, l' iride soffre contusione.

La Figura 2. mostra la cateratta, che tosto esce cambiato il luogo della pressione.

La Figura 3. rappresenta il maneggio della pinzetta D. D. D. che nel volersi afferrare la casula minaccia di pizzicar l' iride.

La Figura 4. rappresenta la pinzetta D. D. B. chiusa.

La Figura 5. rappresenta un cistotomo opportuno a portar via il centro della casula.

TAVOLA VI.

La Figura 1. rappresenta l' occhio in contrazione, e l' iride, che viene sotto al coltello formando due picciole ernie nel momento di compiere il taglio.

La Figura 2. rappresenta la recisione netta di una falda dell' iride, la quale rimane sul coltello, la pupilla è allungata; vi è ifemia passaggiera, e la cateratta si presenta.

La Figura 3. dimostra il taglio corto, e discendente sulla congiuntiva.

La Figura 4. rappresenta la caduta della lente sotto la pressione del dito nell' atto d' introdurre il cistotomo.

La Figura 5. dimostra il momento in cui stà per uscire la lente, che vien pescata mediante l' uncinetto di Beer e si conduce fuori.

TAVOLA VII.

La Figura 1. rappresenta l' occhio destro di Ferrara in cui è stata recisa l' iride nel fare il taglio della cornea, e ne risulta l' istmo.

La Figura 2. dimostra l' uso del cucchiajo con cui togliesi la casula molle rimasta dopo il taglio dell' istmo, e dopo l' uscita della lente.

La Figura 3. è presa dallo stesso occhio dopo la guarigione. Vedesi la pupilla discesa in basso, una parte di casula occupa il centro della cornea, e la cicatrice lascia libera una sufficiente pupilla.

La Figura 4. mostra la pinzetta acuta, che prende la casula mentre si ritira in alto, innanzi ch' esca fuori la cateratta.

La Figura 5. dimostra l' uscita della cateratta condotta fuori dall' ago uncinato.

La Figura 6. è copiata dall' occhio guarito, e vedesi la pupilla discesa, e l' iride attaccata alla cicatrice del taglio in basso.

TAVOLA VIII.

La Figura 1. dimostra il dentello, che formasi sulla cornea, allorchè fatto il taglio si vuole allungarlo discendendo col ferro, e non ci riesca d' incontrare l' estremo confine del primo taglio aperto nel consueto modo.

La Figura 2. spiega in che modo la casula si distacchi, e si rialzi per la forza delle contrazioni, e per l' urto del vitreo nel momento del taglio fatto alla cornea.

La Figura 3. dimostra come la pinzetta dentata possa afferrare la casula, che costituisce la cateratta secondaria semplice, e come si possa tirarla fuori. In questo caso non vi era atresia.

La Figura 4. rappresenta lo stato di un occhio divenuto atrofico per l' iritide grave consecutiva all' estrazione, la cornea è in gran parte offuscata per la cicatrice, e versamento di linfa; la pupilla è ristretta con cateratta secondaria dipendente da versamento di linfa, e la retina è diventata insensibile essendosi essa pure infiammata.

TAVOLA IX.

La Figura 1. dimostra l' ifemia che presentasi dopo il taglio della cornea, allorchè sia stata intaccata la congiuntiva e la sclerotica per prolungare il suddetto taglio, e la pinzetta, che serve benissimo a condur fuori i grumi.

La Figura 2. mostra la casula estratta dalla pinzetta dentata dopo, che è stata squarciata dal cistotomo, e dopo uscita la lente.

La figura 3. indica l' uso del cucchiajo ne' casi di cateratta molle.

La Figura 4. rappresenta come si eserciti la pressione e come si porti la pinzetta, onde condur fuori la bolla d'aria penetrata nel tempo dell'operazione.

TAVOLA X.

La Figura 1. dimostra come si praticasse dal dottor Santorelli il taglio immergendo un coltello a foglia di mirto nella parte superiore della cornea per cui risultava il taglio anterior superiore.

La Figura 2. serve a dimostrare, che quel taglio riesce a sbieco, e perciò è angusto, nè si presta al passaggio della cateratta, quantunque fosse stato allargato.

La Figura 3. dinota la pressione, ed il passaggio stentato della cateratta, ch' esce a stento per causa del taglio picciolo.

La Figura 4. rappresenta un coltello adoprato dal dottor Jäger onde eseguire un taglio abbastanza grande nella parte superiore della cornea.

La Figura 5. rappresenta il cistotomo lanciato di cui mi servo quasi sempre per lacerare la casula.

La Figura 6. rappresenta il mio cistotomo a falcetta di cui faccio molto uso.

La Figura 7. rappresenta un nuovo cistotomo col quale ho tentato portar via la parte centrale della casula spingendo i bottoni aa, e serrandola fra le punte; ma questo ordigno urta facilmente contro dell' iride.

TAVOLA XI.

Destinata a spiegare ciò che riguarda l' estrazione laterale.

La figura 1. rappresenta il taglio da me praticato nelle prime operazioni, che riuscì più volte angusto.

La figura 2. rappresenta l' esecuzione del nuovo taglio laterale.

La figura 3. dimostra l' agogite portato dinanzi alla casula anteriore, che stà per entrare col cucchiajo posteriore onde abbracciare la cateratta.

La figura 4. dimostra l'esecuzione di un secondo taglio praticato nella cornea immediatamente dopo il taglio laterale. Praticata l'estrazione anteriore in tal modo nell' occhio di Giuseppe Scarpa venne guarito con felicità ad onta di avere subìto due tagli.

La figura 5. rappresenta l'agogite osservato nel lato opposto a quello della figura 3. al momento, che il cucchiajo ottuso sta per chiudersi.

TAVOLA XII.

Rappresenta i tre metodi di abbassamento laterale.

La figura 1. dimostra la depressione laterale eseguita col metodo degli antichi mediante un ago curvo.

La figura 2. serve a rappresentare, come nella depressione il corpo della lente discenda in basso, e la superficie posteriore si trasporti in B, la anteriore passi in basso e così la superficie posteriore divenga superiore, e l' anteriore prenda il posto d' inferiore, i puntini aa servono a denotare la casula rappresentata in profilo.

La Figura 3. mostra la reclinazione in un' occhio veduto di profilo, e serve a spiegare come la lente venga reclinata dall'ago, talchè la superficie anteriore addivien superiore.

La Figura 4. rappresenta la pratica della lacerazione laterale secondo gl'insegnamenti del dottor Hey, dopo l' applicazione dell' estratto di josciamo.

La Figura 5. rappresenta l' ago usato da Schmidt per la reclinazione.

La figura 6. rappresenta l' ago largo usato dal prof. Beer onde lacerare l' organo cristallino.

TAVOLA XIII.

La figura 1. dimostra la pratica della reclinazione anteriore eseguita nel caso di Adamo Aitel, essendo stata squarciata la casula nel centro. Ristrettasi la pupilla nell'atto di compiere l'operazione, quella si vide subito libera.

La figura 2. mostra l'occhio spaccato in profilo, e l'effetto della reclinazione, per cui la superficie anteriore diventa superiore; i puntini a a indicano la casula veduta in profilo.

La figura 3. mostra lo spaccato e rappresenta l'effetto della depressione eseguita dall'ago entrato per la cornea; i puntini a a indicano la casula veduta in profilo,

La figura 4. rappresenta la lacerazione anteriore ossia per ceratonisi.

La figura 5. è presa dall'ago curvo del prof. Scarpa.

La figura 6. rappresenta l'ago curvo di Langhenbek.

La figura 7. rappresenta l'ago curvo del sig. Hey.

TAVOLA XIV.

Destinata a spiegare i casi di atresia congiunta a cateratta vera.

La figura 1. dimostra l'occhio di Carlo della Santa con sinizesi, e cateratta vera, la sinizesi non è perfetta. Perciò vedesi la cateratta spuria, e la vera trasparisce.

La figura 2. serve a spiegare, come venga recisa cornea, ed iride ad un tempo, e resti anche tagliata la casula.

La figura 3. dimostra, come si porti via una falda dell'iride quando non fosse uscita assieme col sangue.

La figura 4. rappresenta il medesimo occhio, allorchè il cistotomo và per condur fuori la casula dopo eseguito il taglio della cornea, e dell'iride, e dopo tolta l'ifemia, e la falda dell'iride già stata recisa.

La figura 5. è presa dall'occhio di Giuseppe Gatta, e rappresenta la ceratoscotesi con cateratta vera.

La figura 6. dimostra l'aspetto del medesimo occhio dopo tagliata la cornea, l'iride, e la casula; si veggono due parti di cateratta vera sotto il taglio dell'iride indicate dai puntini a a.

La figura 7. è presa dal medesimo occhio dopo tolta via la falda dell'iride, e la cateratta. S'intende come si abbia ottenuta la guarigione, e ricuperata la vista perchè la pupilla è fuori del centro rimpetto al campo ano.

INDICE

DEL

TERZO LIBRO.

ANNOTAZIONE I. . . . Intorno alle lezioni spiegate nel corso dell'anno suddetto . . . . . pag. 5

ANNOTAZIONE II. . . . . Degli studiosi dedicati all' oftalmiatria 8

ANNOTAZIONE III. . . . . Intorno alle 87. operazioni chirurgiche praticate in clinica nel corso di detto anno. 10

PROSPETTO. I. . . . . Che riguarda la trichiasi cigliare. 19

PROSPETTO. II. . . . . Che riguarda le persone curate per la tigna palpebrale 20

PROSPETTO. III. . . . . Desunto dalle storie della fistola lagrimale . . . *id.*

PROSPETTO. IV. . . . . Sopra l' estirpazione di un tumore cistico . . . 21

PROSPETTO. V. . . . . Che riguarda 6. individui sottoposti all'estirpazione dello pterigio. . . . . *id.*

PROSPETTO. VI. . . . . Desunto dalle storie che riguardano l' estirpazione dell' ettropio 22

PROSPETTO. VII. . . . . Estirpazione delle fungosità della congiuntiva, e dell' encantide . . . . . *id.*

PROSPETTO. VIII. . . . In cui si dà conto della recisione dello stafiloma. 23

PROSPETTO. IX. . . . . In cui si dà conto dell' ernia dell' iride curata mediante la recisione. . . . . *id.*

PROSPETTO. X. . . . . Tratto dalle storie di 18. individui sottoposti all' ectomia 24

PROSPETTO. XI. . . . . Desunto dalle storie di 13. individui sottoposti all' ecraxis 25

ANNOTAZIONE IV. . . . . Intorno alle 124. persone curate come oftalmici ambulanti mediante locali medicine 26

PROSPETTO. XII. . . . . De' suddetti 124. individui. 28

TRATTATO DI ECRAXIOLOGIA.

CAPO. . . . I. . . . . In cui si considerano varie origini delle catèratte. 36
CAPO. . . . II. . . . . Intorno alle cateratte senili 38
CAPO. . . . III. . . . . Cateratte dipendenti da paralisi dell' occhio . . 42
CAPO. . . . IV. . . . . Cateratte accidentali 47
CAPO. . . . V. . . . . Intorno alle forme, che si scoprono nelle cateratte mentre si pratica l' operazione 52
CAPO. . . . VI. . . . . Applicazione de' 4. precetti generali 54
CAPO. . . . VII. . . . Come si possa riconoscere lo stato de' nervi . . 56
PROBLEMA. . I. . . . . Dato un caso di cateratta vera curabile praticare l' estrazione anteriore. 62
CAPO. . . . VIII. . . . In cui spiegasi, come si pratichi il taglio della cornea 63
CAPO. . . . IX. . . . . In cui viene dichiarato come si debba squarciare la casula. 75
CAPO. . . . X. . . . . In cui spiegasi come si possa condur fuori la lente ed i pezzetti della casula squarciata . . 79
CAPO. . . . XI. . . . . In cui spiegasi la quarta regola, che riguarda l'estrazione della casula 85
TEOREMA. . . I. . . . . Quale sia l' organo che più devesi rispettare nella pratica dell' estrazione. 94
TEOREMA. . . II. . . . . Se importi, che la cornea possa guarire di prima intenzione 95
CAPO. . . . XIII. . . . Come venga impedita, e come abbia luogo l'esposta guarigione. 96
CAPO. . . . XIV. . . . Della cura consecutiva all' estrazione ne' casi semplici 97
CAPO. . . . XV. . . . Indicazione de' casi più complicati, e pericolosi consecutivi all' estrazione. 102
CAPO. . . . XVI. . . . Intorno all'emorragia grave dell' iride rare fiate osservata 103
CAPO. . . . XVII. . . Quando sorga iritide mite, che potrebbe divenir cronica o produrre sinizesi lenta . . . 103
CAPO. . . . XVIII. . . In cui trattasi dell' ernia dell' iride consecutiva all' estrazione anteriore della cateratta 107
CAPO. . . . XIX. . . . In cui vengono esposte le difficoltà, che insorgono riguardo all' estrazione anteriore, e si danno spiegazioni ulteriori sulla maniera di porvi riparo 109

CAPO. . . . XX. . . . Difficoltà, che dipendono o dalla forma dell'occhio, o dalla natura della cateratta, o dal suo grado. 111
CAPO. . . . XXI. . . . Per quanti modi riuscir possa infruttuosa l'estrazione della cateratta vera 115
CAPO. . . . XXII. . . Si dimostra la probabilità del buon successo nella pratica dell'estrazione anteriore 117
CAPO. . . . XXIII. . . In cui vengono esposti i due punti più difficili nella pratica dell'indicata operazione 222
CAPO. . . . XXIV. . . Intorno alle cateratte secondarie semplici . . . 124
Problema . . II. . . . . Dato un caso di cateratta secondaria semplice toglierla via col metodo dell'estrazione anteriore. 125
CAPO. . . . XXV. . . In cui vengono dilucidate le regole or ora esposte, e si dimostra la loro utilità. 126
Storia. . . . I. . . . . Si dà conto della cura di Nunzio Rossi 127
Storia. . . . II. . . . . Parte prima in cui descrivesi la cura di A. de Nuziis. 131
Continuazione della storia II. Parte seconda, ossia estrazione di una cateratta secondaria semplice. 133
Storia. . . . III. . . . . In cui viene descritta la cura di Gio: Persichillo. 134
Storia. . . . IV. . . . . Che riguarda la cura di Vincenza Jengo. . . . 136
Storia. . . . V. . . . . In cui si espone la cura di Aniello de Matteo. 139
Storia. . . . VI. . . . In cui narrasi la cura tentata nella persona di B. Varriano 143
Storia. . . . VII. . . . In cui viene esposta la cura di Dimo Nestore. 144
Storia. . . . VIII. . . . In cui narrasi la cura tentata nell'occhio sinistro di Gennaro Carbone 145
Storia. . . . IX. . . . . Nella quale vien riferito come si praticasse l'estrazione della cateratta in ambedue gli occhi di Carlo Ricciuti. 146
Storia. . . . X. . . . . In cui si dà conto della cura di Tommaso Ferrara. 148
Storia. . . . XI. . . . In cui viene esposta la cura di ambedue le cateratte nella persona di Domenico Percacciuolo. 150
Storia. . . . XII. . . . In cui si dà conto della cura praticata ad A. Bottigliera 152
CAPO. . . . XXVI. . . In cui trattasi dell'estrazione anterior superiore. 153
CAPO. . . . XXVII. . . Intorno al metodo dell' estrazione laterale . . . 156
Problema . . III. . . . . Dato un caso di cateratta vera semplice eseguire l' estrazione laterale. 157
CAPO. . . . XXVIII. . In cui viene dilucidata la regola I. che riguarda il taglio della sclerotica 158
CAPO. . . . XXIX. . . In cui si dilucida la pratica della II. regola. . 159

CAPO. . . . XXX. . . In cui spiegasi la regola III. 160
CAPO. . . . XXXI. . . Nel quale si mettono a calcolo i vantaggi che presenta l' estrazione *laterale* confrontata colla *anteriore* 161
CAPO. . . . XXXII. . In cui si dà conto degli sperimenti praticati col metodo laterale. 162
PROSPETTO. . XIII. . . . Intorno al metodo laterale di estrazione 167
CAPO. . . . XXXIII. . Intorno all'abbassamento laterale della cateratta. 168
PROBLEMA. . IV. . . . . Dato un caso di cateratta vera semplice ottenere l'abbassamento praticando la depressione laterale. 168
CAPO. . . . XXXIV. . In cui viene spiegata la regola I. che riguarda la punzione da eseguirsi coll' ago. 169
CAPO. . . . XXXV. . In cui viene dilucidata la regola II. che costituisce propriamente la depressione. 171
CAPO. . . . XXXVI. . Se qualche cosa, o si rialzasse, o rimanesse della cateratta ad ingombrar la pupilla si toglierà col medesimo ago. 172
CAPO. . . . XXXVII. Intorno alla reclinazione laterale della cateratta. 173
PROBLEMA . . V. . . . . Dato un caso di cateratta vera semplice praticare l' abbassamento per reclinazione laterale. 174
CAPO. . . . XXXVIII. In cui vengono dilucidati varj punti importanti alla precisa esecuzione di queste regole. 175
CAPO. . . . XXXIX. . Intorno alla maniera di eseguire l'abbassamento per lacerazione, ossia regole della lacerazione laterale. 177
PROBLEMA . . VI. . . . Dato un caso di cateratta vera semplice praticare l' abbassamento mediante la lacerazione laterale. 178
CAPO. . . . XL. . . . In cui si dà la spiegazione di varj punti di questa pratica 179
PROSPETTO. . XIV. . . . In cui si notano gl' individui ne' quali venne praticato l' abbassamento laterale 181
CAPO . . . . XLI . . . Della ceratonisi o abbassamento anteriore . . . 182
PROBLEMA . . . VII. . . . Dato un caso di cateratta vera semplice praticare la lacerazione per ceratonisi, ossia l'incisione anteriore 182
CAPO. . . . XLII . . . In cui vengono dilucidate le regole, e prendesi a considerare l' utilità, ed i pericoli di questo metodo 183
CAPO . . . XLIII. . . Intorno alla ceratonisi per reclinazione 186
PROBLEMA . . VIII. . . Dato un caso di cateratta vera praticare la reclinazione anteriore . . . . . *id.*

CAPO. . . . XLIV. . . Riflessioni intorno all' uso di questo metodo. . 187
CAPO. . . . XLV . . . Precise notizie che riguardono gli esperimenti eseguiti con questo metodo 188
Storia. . . . XIII . . . In cui si dà conto della ceratonisi per reclinazione tentata nell'occhio destro di Gio. A. Aitel. 189
Problema. . IX. . . . . Dato un caso di cateratta semplice eseguire la depressione per ceratonisi 191
CAPO. . . . XLVI. . . In cui si considera l' efficacia del metodo ora descritto 192
CAPO. . . . XLVII. . Si dà conto di talune operazioni complicate riuscite con felicità 194
Prospetto. . XV. . . . In cui si dà conto della ceratonisi non riuscita, e terminata col fare l' estrazione 195
Prospetto. . XVI . . . In cui vengono indicate tutte le operazioni di ceratonisi descritte ne' miei giornali 196
CAPO. . . . XLVIII. . Intorno alla scelta del metodo. 199
CAPO. . . . XLIX . . Intorno alla operazione da praticarsi ne' casi di atresia complicata con cateratta vera 217
Problema . . X . . . . Dato un caso di sinizesi, e cateratta vera praticare l' ectomia, e l' ecraxis ad un tempo . 220
CAPO. . . . L. . . . . Dilucidazioni delle regole da tenersi in questi casi. 221
Supplimento . . . . . In cui si dà la storia de' metodi posti in uso per curare la cateratta. 224
Annotazione. V . . . . In cui si dà conto dell' uso del setone per curare il Gozzo, ossia il Broncocele 242
Spiegazione delle tavole 249

FINE DEL LIBRO III.

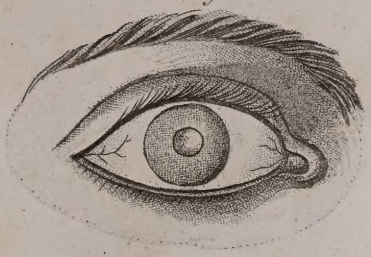
Nota. Il mio lettore si sarà avveduto che molte delle materie proposte per le otto annotazioni nel prospetto pubblicato l'anno 1819; ora sono state trattate nelle prime quattro. Quelle poi che non si trovano spiegate, le ommetto, perchè mi verrà meglio in acconcio esporle nel lib. IV.

Nota. *Stimo far cosa grata alle persone dell' arte, dichiarando, che fra i nostri artefici ve ne sono molti, i quali eseguiscono bene i coltelli da cateratta; ma il sig. P. Albouy, che ha il suo negozio alla salita Grottone di Palazzo, con particolar cura è riuscito a fare de' coltelli, che possono uguagliarsi a quelli di Stodart, ed anche gli affila ottimamente.*

ERRORI			CORREZIONI
Pag. 9.	n. 30.	Compobasso	Campobasso
» 11.	§. 7.	in oltre	inoltre
» 14.	§. 10.	pratioata	praticata
» 25.	n. 6.	anni fa felicemente	anni fa infelicemente
» 37.	§. 4.	opaca è sta ta	opaca è stata
» 41.	§. 9.	seccato all' ria	seccato all' aria
» 51.	§. 19.	di l' atrofia	di atrofia
» 56.	§. 2.	sieno sani, le cateratte	sieno sani. Le cateratte
» 69.	§. 21.	che si rimanga	che vi rimanga
» 87.		CAPO XII.	CAPO XI.
» 109.	§. 1.	per la congiuntiva	per la congiuntiva
» 128.	§. 6.	nel luogo nella operazione	nel luogo della operazione
» 156.		*intorno al metodo dell' esrazione*	*dell' estrazione*
» 160.	§. 4.	si è detto parland	detto parlando
» 173.	§. 3.	della grave l'iritide	della grave iridite
» 178.	REGOLA II.	da mano a mano	a mano a mano
» 189.	§. 2.	unirsi la lacerazione	unirvi la lacerazione
» 193.	§. 7.	del metodo, il quale formerà	del metodo, la quale formerà
» 209.	§ 32.	Beer mantennero	Beer che mantennero
» 209.	§. 33.	la voce contro l' etrazione	la voce contro l' estrazione
» 219.	§. 13.	il desiderato sucesso	il desiderato successo
» 226.	§. 7.	e degli arabi che dominarono	e degli arabi dominarono
» id.	id.	le scuole, sopratutti	le scuole. Sopratutti
» 232.	§. 33.	se non chè	sennonchè
» 233.	§. 44.	se non chè	sennonchè
» 237.	§. 48.	sulla la cateratta	sulla cateratta
» id.	§. id.	Federigo Jäger, quale	Federigo Jäger, il quale

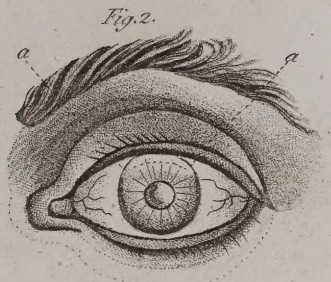
Varie forme di Cateratta

Fig. 1.



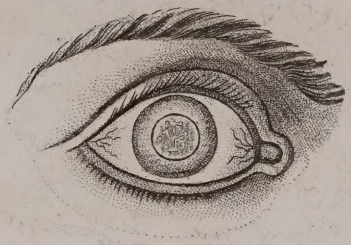
Albuminosa

Fig. 2.



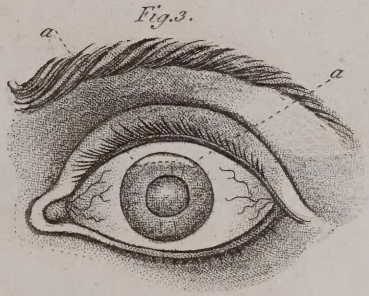
Dura Senile

Fig. 4.



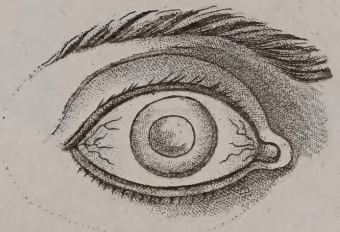
Arido-siliquata

Fig. 3.



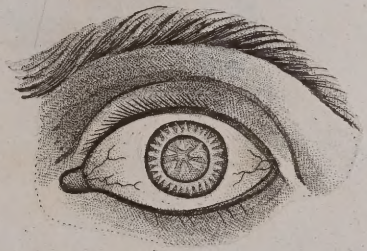
Cateratta Cornea da Paralisi

Fig. 5.



Incompleta profonda

Fig. 6.

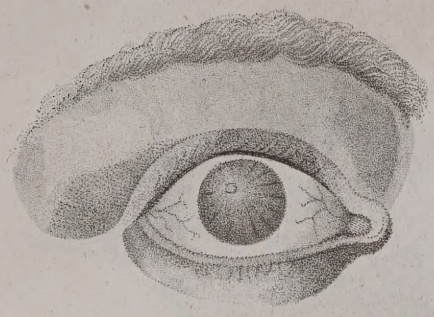


Radiata olivastra

Lib. III.

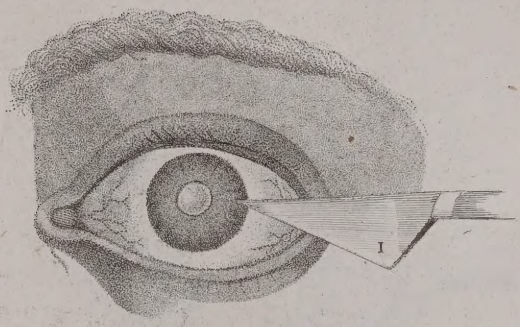
Ritratti presi da Nunzio Rossi

Fig.1.



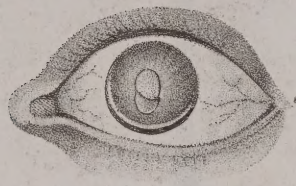
Sinizesi e cateratta secondaria

Fig.2.



Principio della punzione

Fig.4.



Casula che sfugge
e taglio moderno

Fig.3.

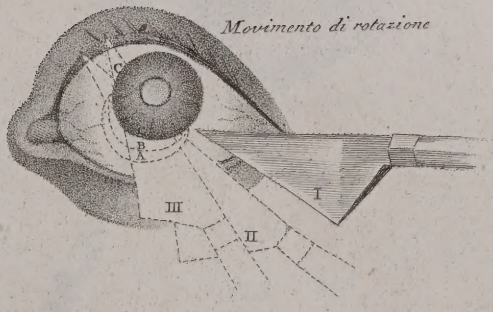
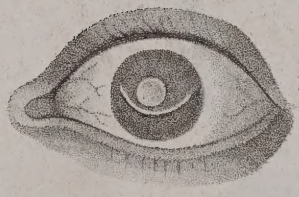


Fig.5.

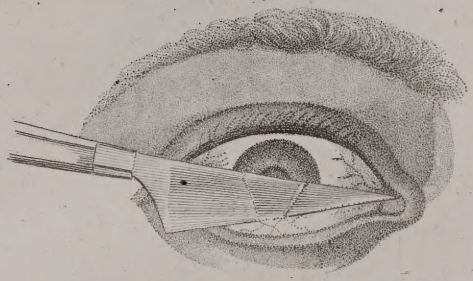


taglio antico

Lib. III.

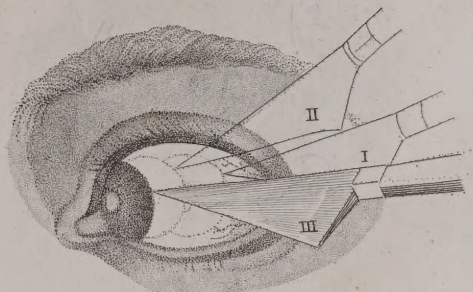
Ritratti presi da Alessandro de Nuzüs

Fig.1.



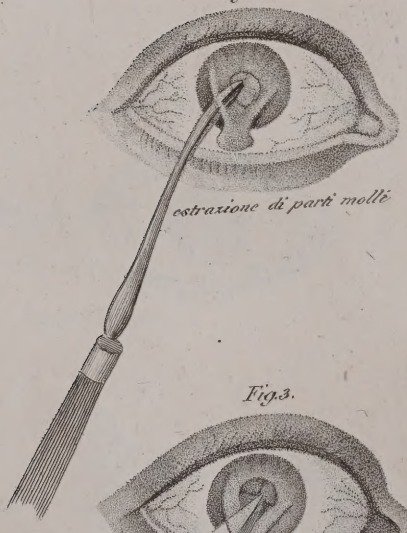
Taglio della cornea fino alla congiuntiva

Fig.6.



Movimento della cornea e de' coltelli

Fig.2.

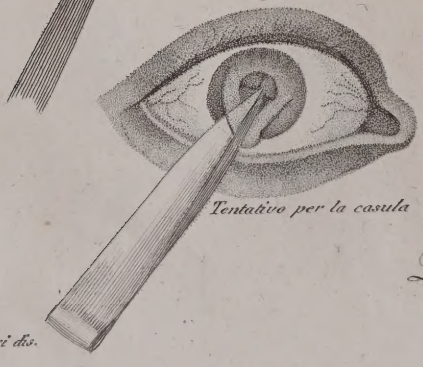


estrazione di parti molle

Fig.5.

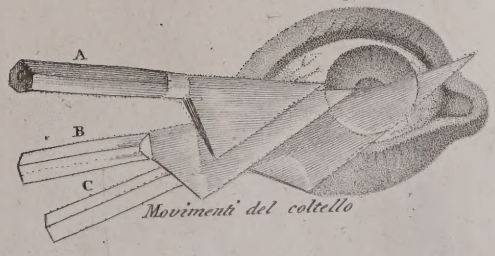
ago angolare

Fig.3.



Tentativo per la casula

Fig.4.



Movimenti del coltello

Lib. III.

Quadri dis.

A. Rossi inc.

Ritratti presi da Giovanni Persichillo

Fig.1.

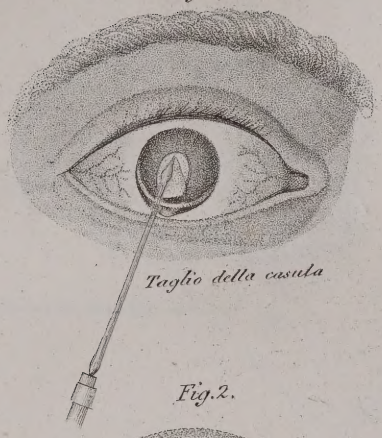


Fig.2.

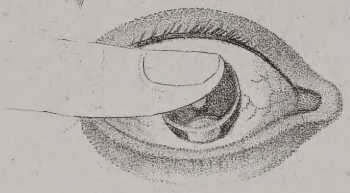


Fig.3.

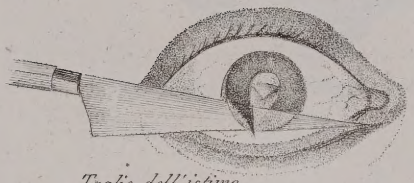


Fig.4.

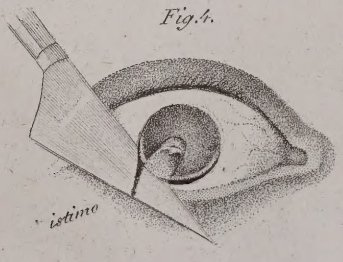


Fig.5.

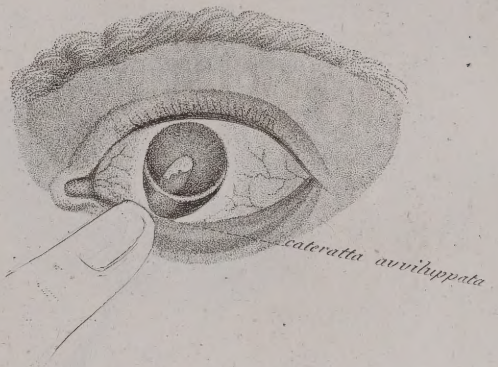


Fig.6.

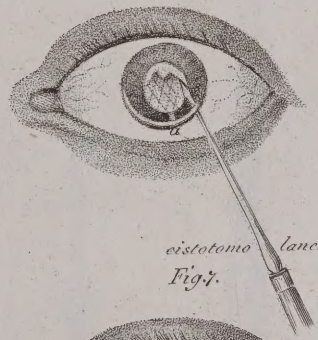
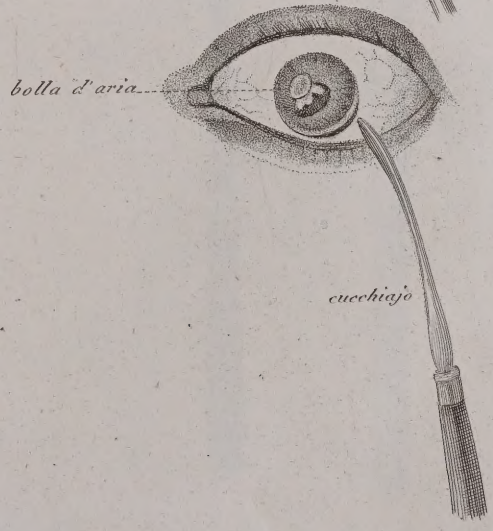


Fig.7.



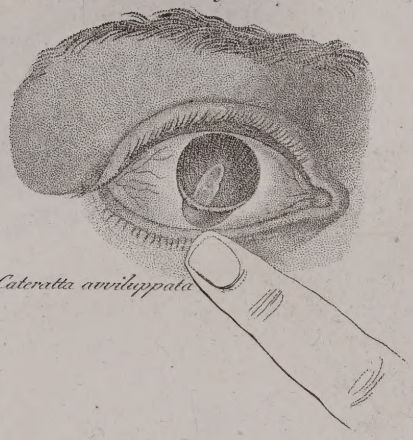
Lib. III.

Quadri dis.

A. Rossi inc.

Ritratti presi da Vincenza Tengo

Fig.1.



Cateratta avviluppata

Fig.3.

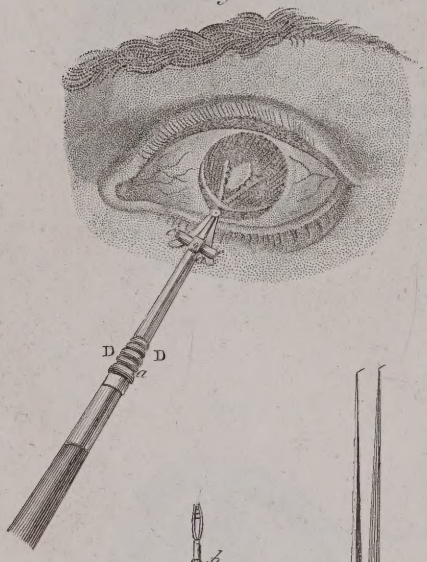
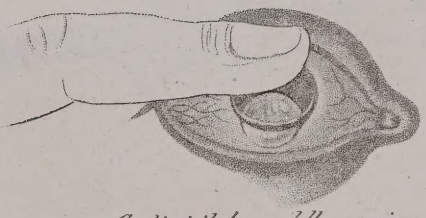


Fig.2.



Cambiasi il luogo della pressione

Fig.4.

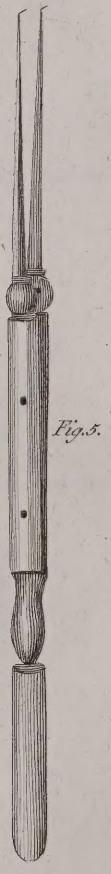


Fig.5.

Lib. III.

Quadri dis.

Fig.1.

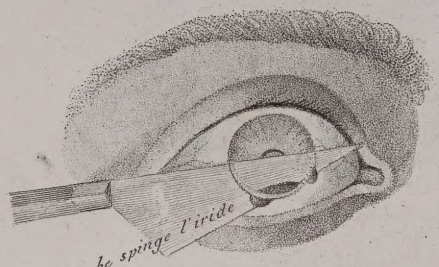


Fig.3.

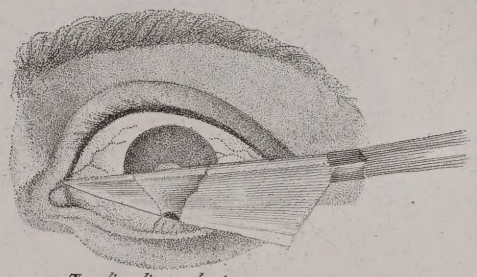


Fig.2.

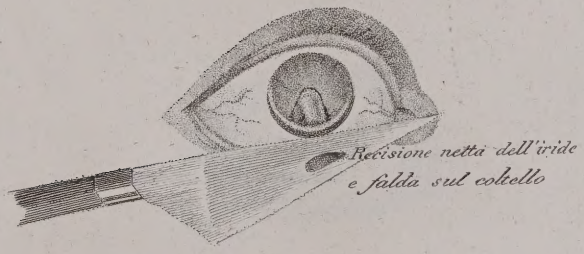


Fig.4.

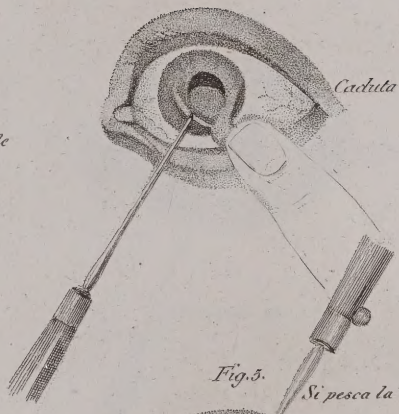
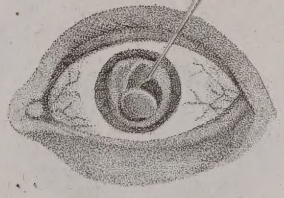
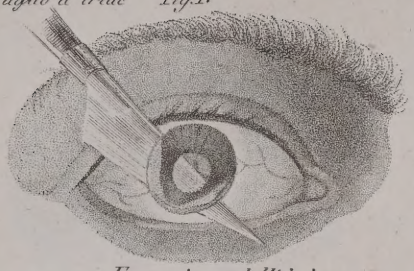


Fig.5.

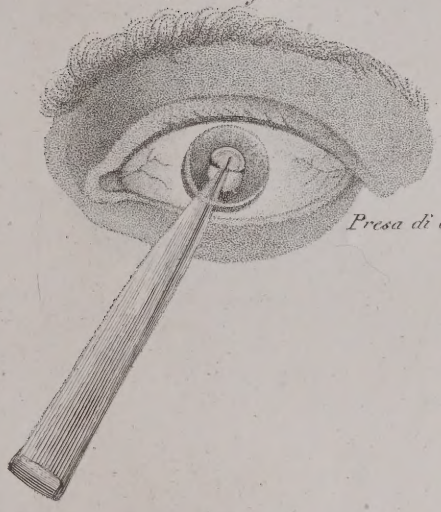


Taglio d'iride Fig.1.



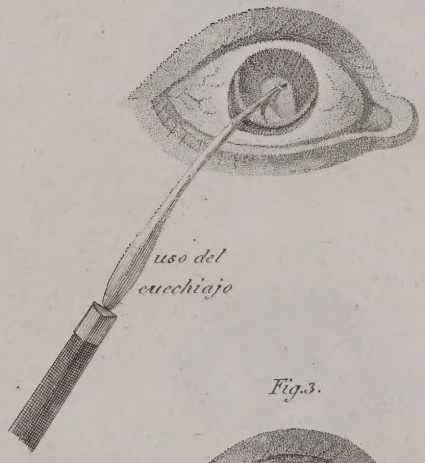
Formazione dell'istimo

Fig.4.



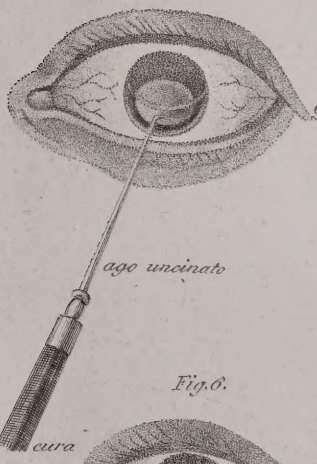
Presa di casula

Fig.2.



uso del cucchiajo

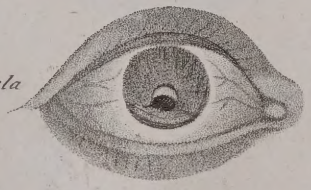
Fig.5.



Cateratta tirata fuori

ago uncinato

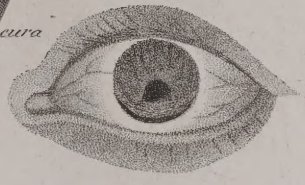
Fig.3.



Residuo di casula centrale

Fig.6.

Occhi dopo la cura



Pupille basse

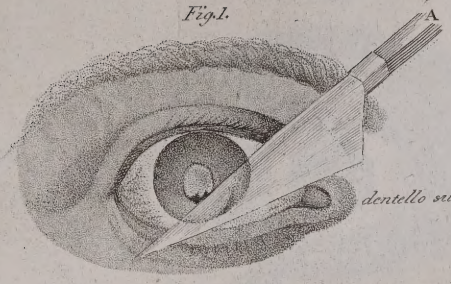
Lib. III.

Quadri dis.

A. Rossi inc.

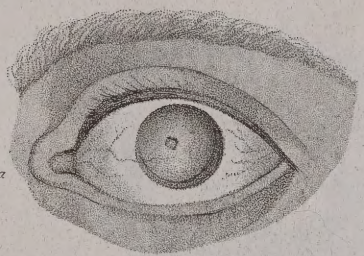
Ritratti presi da Alessandro de Nuziis

Fig.1.



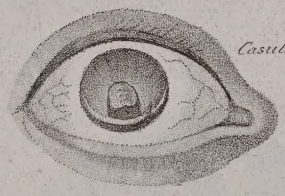
dentello sulla cornea

Fig.4.



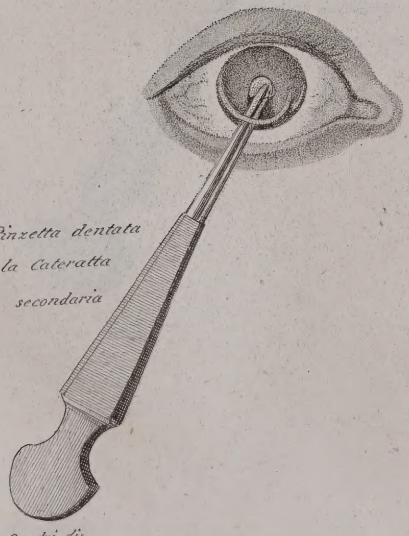
Occhio atrofico

Fig.2.



Casula rialzata, e staccata in basso

Fig.3.



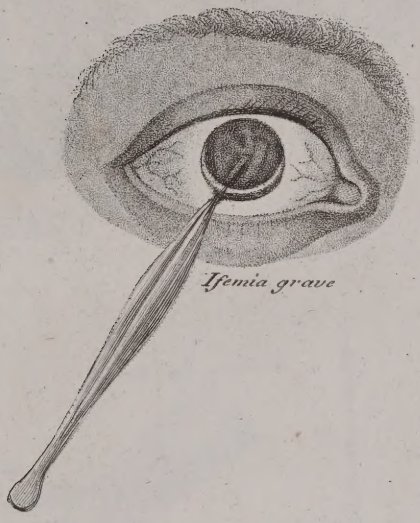
Pinzetta dentata che prende la Cateratta secondaria

Quadri dis.

Lib. III.

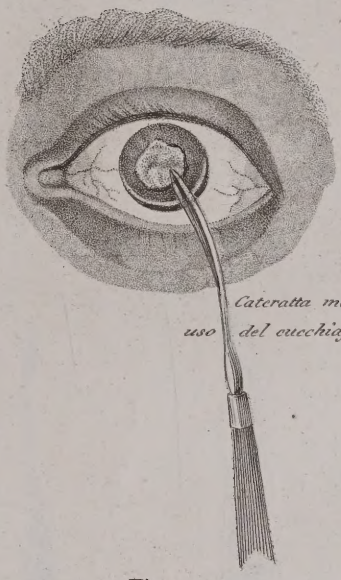
A. Rossi inc.

Fig.1.



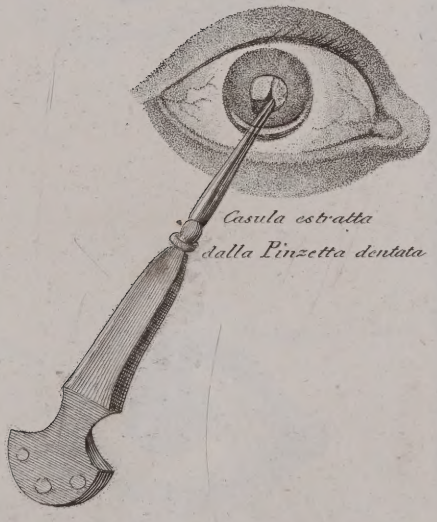
Isemia grave

Fig.3.



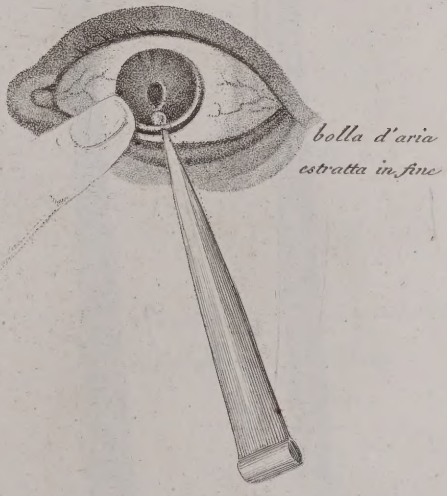
Cateratta molle
uso del cucchiajo

Fig.2.



Casula estratta
dalla Pinzetta dentata

Fig.4.



bolla d'aria
estratta in fine

Lib. III.

Quadri dis. *A. Rossi inc.*

Estrazione anterior superiore

Taglio piccolo per immersione

Fig.1.

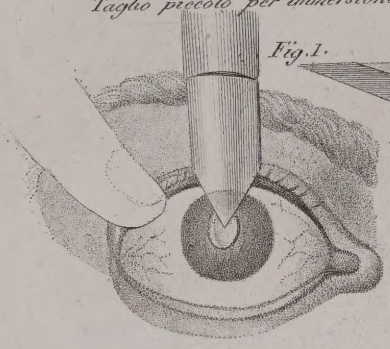
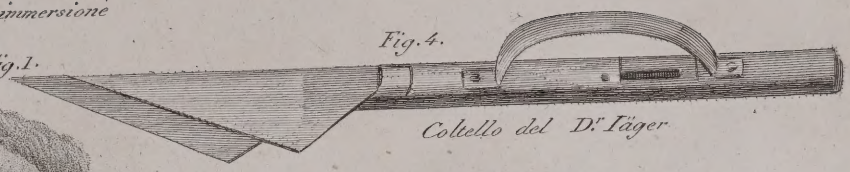


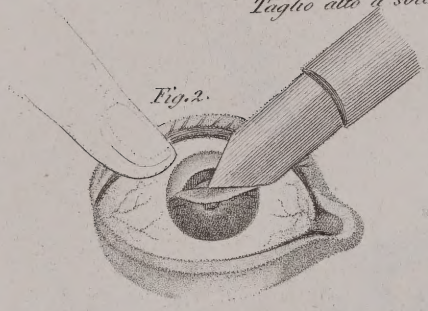
Fig.4.



Coltello del Dr. Iäger

Taglio alto a sbieco

Fig.2.



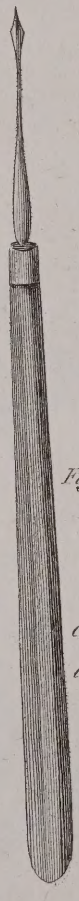


Fig.5.

Cistotomo lanciato

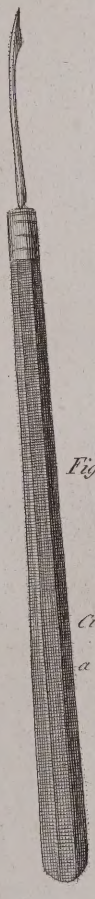


Fig.6.

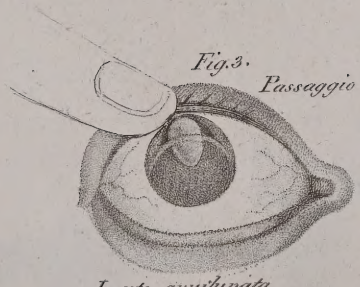
Cistotomo a Falcetta

Fig.7.

Laceratore della casula

Fig.3.

Passaggio a stento



Lente avviluppata

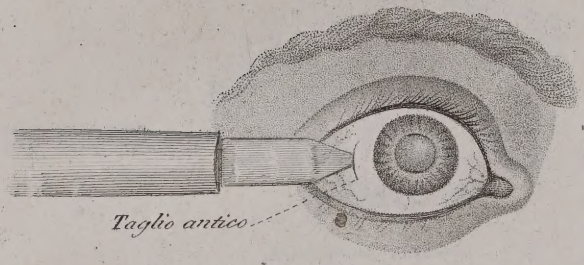
Lib. III.

Quadri dis.

A. Rossi inc.

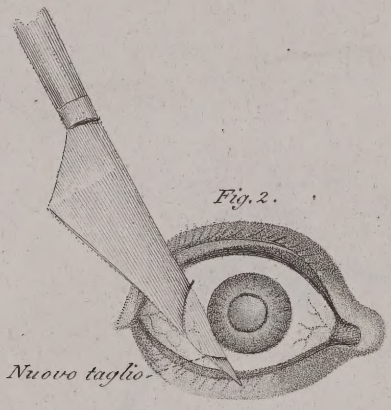
Estrazione laterale

Fig. 1.



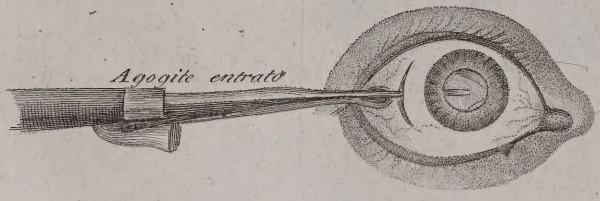
Taglio antico

Fig. 2.



Nuovo taglio

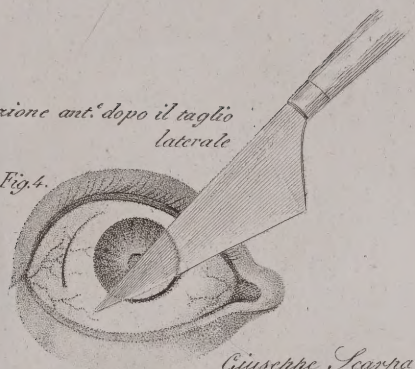
Fig. 3.



Agogite entrato

Estrazione ant.' dopo il taglio laterale

Fig. 4.



Giuseppe Scarpa con esito Felice

Agogite

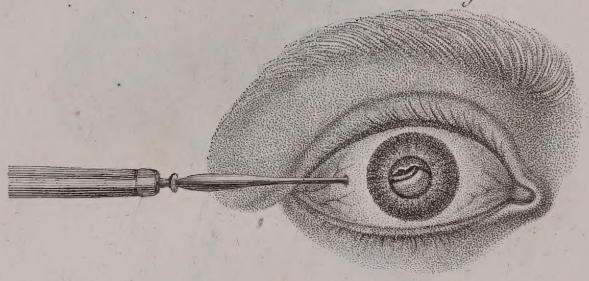
Fig. 5.

Lib. III.

Quadri dis.

A. Rossi inc.

Fig. 1.



Depressione laterale

Fig. 5.

a Fig. 2.

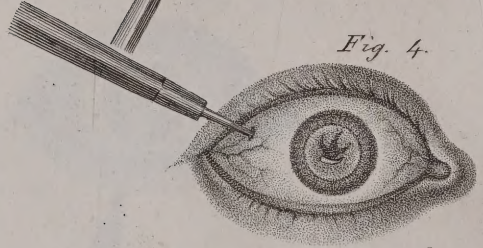
a Si deprime la lente

a Fig. 3.

Reclinaz.e laterale

a

Fig. 4.

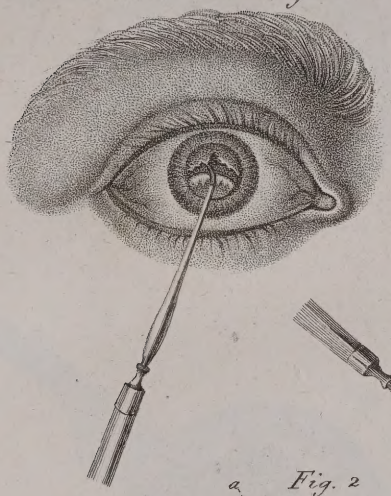


Lacerazione laterale

Fig. 6.

Gio: Adamo Aitel

Fig. 1.



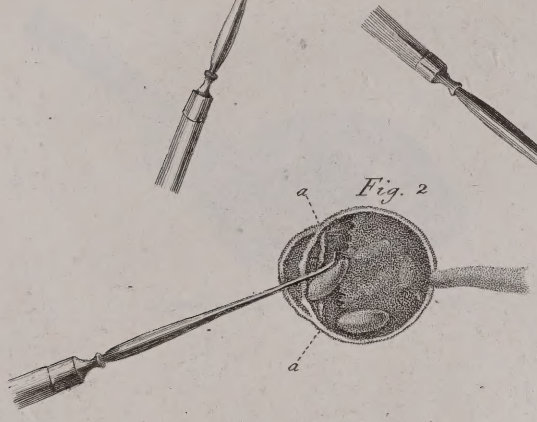


Fig. 2

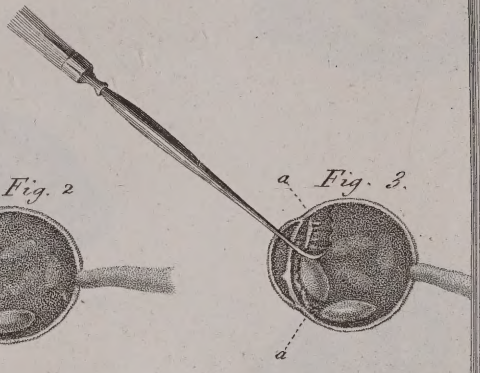


Fig. 3.

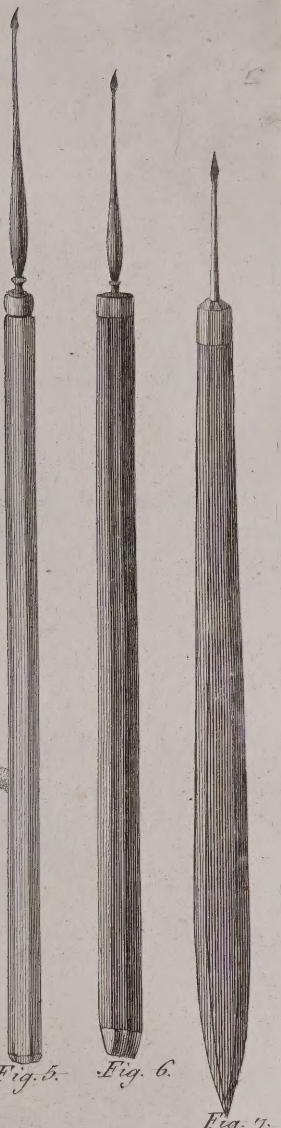
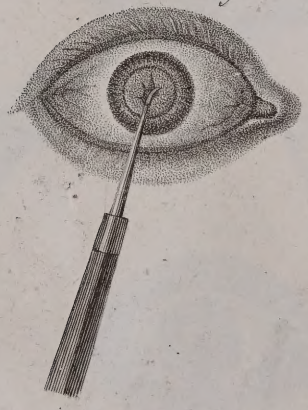


Fig. 5. Fig. 6. Fig. 7.

Fig. 4.



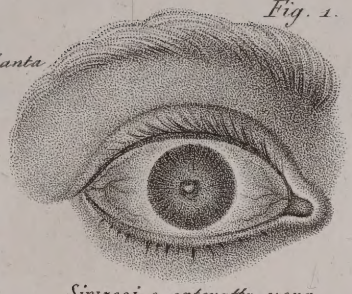
Quadri del

Lib. III.

Cataneo inc.

Atresia complicata con cateratta vera

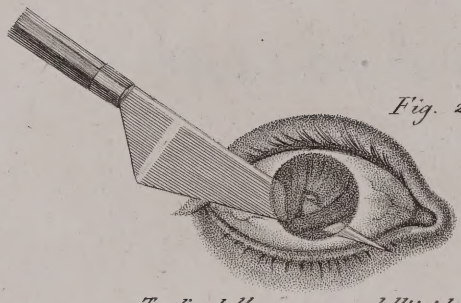
Fig. 1.



Carlo della Santa

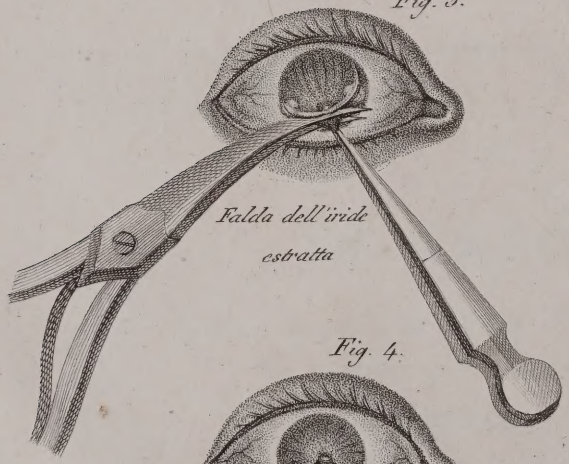
Sinizesi e cateratta vera

Fig. 2.



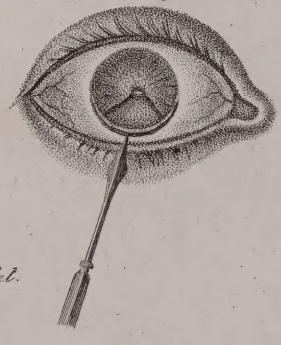
Taglio della cornea e dell'iride

Fig. 3.



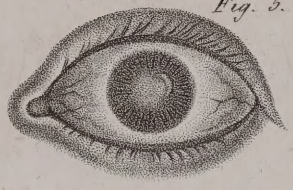
Falda dell'iride estratta

Fig. 4.



Ceratoscotesi e cateratta vera

Fig. 5.



Giuseppe Catta

Fig. 6.

a

a

Recisione eseguita

Fig. 7.

Pupilla aperta

Quadri del. Lib. III. Catanco inc.

ANNOTAZIONI PRATICHE

SULLE

MALATTIE DEGLI OCCHI

RACCOLTE E ORDINATE

DA

GIOVAMBATISTA QUADRI

NELLA REALE SCUOLA CLINICA

DI NAPOLI.

LIBRO QUARTO,

IN CUI SI DA' CONTO DE' LAVORI DELL' ANNO SCOLASTICO 1818
E SI ESPONE UN TRATTATO SULL' OFTALMIAJATRIA.

IN NAPOLI,

DA' TORCHI DEL TRAMATER.

MDCCCXXX.

B. Luigi Lanzara

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

PROSPETTO

In cui si dà conto de' lavori di Clinica dal giorno 5 Novembre 1818 fino a di 4 Novembre 1819.

ANNOTAZIONE I.

Intorno alle lezioni spiegate nel corso dell' anno scolastico.

PARTE TEORETICA

Come nell' anno precedente vedi lib. III.

TRATTATO I.

TRATTATO II.

TRATTATO III.

Simile ai precedenti.

PARTE PRATICA

TRATTATO I. E II.

Come nel libro I. pag. 5 e 6.

TRATTATO III.

Lezione LV. Delle oftalmie, e primieramente di quelle, che attaccano la congiuntiva.

Lezione LVI. Distinzione dell' oftalmitide dall' oftalmia.
Lezione LVII. Varia sede dell' oftalmia d' onde hanno origine varie sue forme.
Lezione LVIII. Possibilità di oftalmie dipendenti da veleni chiamate oftalmie specifiche.
Lezione LIX. Della oftalmia traumatica semplice.
Lezione LX. Della oftalmia traumatica prodotta dalle ferite penetranti nella cavità dell' occhio.
Lezione LXI. Condizioni forme, e sede dell' oftalmia reumatica.
Lezione LXII. Forme, e consecutivo sviluppo della oftalmia reumatica.
Lezione LXIII. Della oftalmia catarrale paragonata alla reumatica.
Lezione LXIV. Della oftalmia zavorrale.
Lezione LXV. Della oftalmia artritica.
Lezione LXVI. Della oftalmia contaggiosa nominata oftalmia d'Egitto, ossia oftalmoblenorrea.
Lezione LXVII. Della oftalmoblenorrea metastatica.
Lezione LXVIII. Della oftalmoblenorrea de' neonati.
Lezione LXIX. Della oftalmia scorbutica.
Lezione LXX. Della oftalmia scrofolosa.
Lezione LXXI. Della oftalmia sifilitica ed in particolare della oftalmoblenorrea sifilitica.
Lezione LXXII. Della oftalmia idrargirica prodotta dall' abuso di cure mercuriali.
Lezione LXXIII. Della oftalmia mestruale, o clorotica.
Lezione LXXIV. Guarigioni che si possono attribuire al tempo dal quale esiste il male; e sospensione de' rimedj locali nelle oftalmie talvolta utile.
Lezione LXXV. oftalmie interne, e primo della sclerotitide.
Lezione LXXVI. Della Corneitide acuta, e cronica.
Lezione LXXVII. Infiammazione della coroidea, e della retina.
Lezione LXXVIII. Iritide acuta cronica, e microscopica.
Lezione LXXIX. Infiammazione del tessuto vitreo, e vortice purulento; non che alterazioni consecutive.
Lezione LXXX. Applicazione de' principj generali che ci fanno giudicare delle buone pratiche.

Lezione LXXXI. Uso moderato delle regole generali, e cognizione de' sistemi utile, o dannosa secondo viene usata nella pratica.

Lezione LXXXII. Uso moderato del laudano, e della pomata del Janin; e danno degli abusi de' rimedj locali, ed anche delle bagnature acquose.

Lezione LXXXIII. Opportunità delle sanguisughe, e regole onde riescano vantaggiose; nè si moltiplichino inutilmente.

Lezione LXXXIV. Utilità evidente del mercurio, e del Rob secondo la condizione dell' infermo.

Il trattato IV. e V. come anche il VI. e VII. sono stati esposti come trovasi indicato nel lib. I pag. 7. ed 8.

ANNOTAZIONE II.

Degli studiosi dedicati all' Oftalmiatria nell' anno 1818 e 1819.

1. . Pasquale Gueltas . . . . . di Brindisi
2. . Vincenzo Durante. . . . . di S. Chierico in Campobasso
3. . Salvatore Mascari. . . . . di Siracusa
4. . Giuseppe Casorelli. . . . . d' Isernia
5. . Mariano Condorelli . . . . . da Siracusa
6. . Domenico Falco. . . . . da Schitella
7. . Valentino Gallina. . . . . di Castrogiovanni in Sicilia
8. . Giuseppe Amabile. . . . . di Avellino
9. . Francesco Ascetti. . . . . da Catania
10. . Giuseppe Erbitosi. . . . . da San Gineto
11. . Vincenzo D' Alessandro. . . di Apricano
12. . Francesco Antonio Olivieri . da Castelluccio
13. . Pietro Scofilato. . . . . da Lecce
14. . Gennaro Barracano. . . . . di Napoli
15. . Cristofaro Cafieri. . . . . da Cafieri
16. . Emanuele Garzia. . . . . da Gallipoli
17. . Michele Fiaccavento. . . . . di Salerno
18. . Michelangelo Le donne . . . da Melazzo in Sicilia
19. . Girolamo Pecoraro. . . . . da Nocera
20. . Giuseppe Tringali. . . . . di Agosta in Sicilia
21. . Luigi Villa. . . . . da Palena
22. . Donato Pellegrini . . . . . da Malpignano prov. di Lecce
23. . Pasquale Guglielmi. . . . . da Gambatese
24. . Gaetano Ascolese. . . . . di Montoro
25. . Francesco Amatulli . . . . . di Bari
26. . Francesco Vecchio. . . . . di Napoli
27. . Michele Caputo. . . . . di San Fide
28. . Niccolò Torre. . . . . di Ferrera
29. . Lorenzo Maisano. . . . . da Messina

30. . Michele Cardamona. . . . . di Sicilia
31. . Giuseppe Saponari. . . . . di Avellino
32. . Domenico Squillaci. . . . . dà Nocera di Bari
33. . Carlo Stanzione. . . . . da Grotteria
34. . Antonio de Bellis. . . . . da Fratta maggiore
35. . Francesco Petrelli. . . . . da Salerno
36. . Niccolò Landolfi. . . . . di Avellino
37. . Tommaso Chetcuty. . . . . da Malta
38. . Angelo Borsella. . . . . da Castelvetrano
39. . Vito Nanfria. . . . . di Sicilia
40. . Luigi d' Amico. . . . . di Scilla
41. . Comingio Rucci. . . . . del Vasto
42. . Antonio Muscarelli. . . . . da Sant' Agata de' Goti
43. . Vincenzo Giormini. . . . . di Sicilia
44. . Mariano Sibarotti. . . . . *idem*
45. . Vincenzo Lostralgio. . . . . di Alvignano
46. . Erasmo Giampetrazzi. . . . da S. Eramo
47. . Angelo Manzelli. . . . . da Monteleone
48. . Angelo Derchia. . . . . da Campobasso
49. . Michelangelo Cecere . . . . da Grottole
50. . Angelo de Anna. . . . . di Napoli
51. . Francesco Casali. . . . . da Capua
52. . Niccola Giotta. . . . . da Rotignano di Bari
53. . Pasquale De Renzis. . . . . da Paterno
54. . Rocco Giudice. . . . . da Ispani
55. . Matteo Stasio. . . . . da Viesti
56. . Tommaso Pulli. . . . . da Fasano
57. . Sebastiano Silvestri. . . . . da Vitolano

Fra i citati 57. Studenti si sono distinti i Signori Gueltas, Durante, Derchia, Condorelli, Mascari, e Barracano.

ANNOTAZIONE III.

Intorno alle 104 operazioni chirurgiche praticate in clinica nel corso del suddetto anno.

Varie specie di operazioni.

Le operazioni chirurgiche praticate nel quarto anno di clinica sono state al numero di 104 vale a dire 34 di vario genere come dal prospetto I. 37 di coropeja come dal prospetto II. 27 di Ecraxis prospetto III; 4 di ernia consecutiva alle operazioni della cateratta, o dell' ectomia, e due di Broncocele.

Successi, che provano l' opportunità delle regole.

In tutte le accennate operazioni abbiamo fatto osservare agli studenti, che l' esperienza ha corrisposto ai principj stabiliti nelle precedenti annotazioni, l'esito è stato come siegue nelle 34 varie operazioni tutto riuscì bene per quanto potevasi desiderare; de' 27: occhi affetti da cateratta uno solo restò senza utilità e 26 ricuperarono la vista, due de' quali per altro con qualche imperfezione; le quattro recisioni di ernia dell' iride riuscirono utili, e delle 37 operazioni di coropeja 34 ebbero sucesso felice, e tre restituirono debol grado di forza visiva per mancanza di spazio; ne' due casi di broncocele si ottenne molta utilità.

PROSPETTO N.° I.

N.° 23. *Individui curati per mezzo di operazioni varie.*

Tre casi di stafiloma appianato.

An. 1818. 5. Dicem.	Antonio Cajangos	di Napoli	An.26.	Stafilomi totali ad ambe le cornee dopo grave oftalmoblenorr.	Si recide parte dello stafiloma destro.	Vengono appianati col taglio.
An. 1819. 23. Genn.	Raffaele Scarpa	*idem*	56.	Stafiloma vasto al destro, che rende inutile l'ectomia.	Viene reciso in gran parte.	Si appiana.
16. Giugno.	Giovanni Mofere	*idem*	12.	Stafilomu totale al sinistro.	Viene reciso e si appiana.	Và bene.

Un caso di Simblefaron, ed entropio.

3. Luglio	Potito Errico	di Pescopagano	An.23.	Simblefaron, ed anchiloblefarò con trich. ad ambedue gli occhi.	Si recidono le riunioni, e si raddrizzano i peli mediante l'acido.	Felice a 2.

Un caso di pterigio.

5. Dicem.	Maria Romeo	da Serino	An.48.	Con due pterigi.	Estirpati ambedue.	Felici 2.

Num.° 12. individui curati per causa di trichiasi cigliare col metodo di Helling in 16 occhi.

An. 1818. 1. Dicemb.	Raff. Tartaglione	Maddaloni	An.28.	Oftalmia e trichiasi alla palpebra inferiore destra.		Và bene.
id. id.	F. Ant.-d'Ambrogio	Itri	16.	*idem*	*idem*	Và bene.
3. *idem*	Francesco Pico	Napoli	16.	*idem* e trichiasi ad ambedue gli occhi.		Và bene.
7. *idem*	Maria Corrado	*idem*	30.	*idem* ulceri, e trichiasi.		Và bene.
14. *idem*	Maria Corrarj	Mercugliano	14.	*idem* Panno e trichiasi in grado di Falangosi.		Và bene.
An. 1819. 9. Gennajo	Giuseppe Belluzzi	Napoli	37.	Con trichiasi ad ambedue le palpebre superiori.		Và bene.
13. Marzo	Maria Ant. Tammara	Miano	30.	Con trichiasi parziale, talchè si recide parte del margine con estirpazione mista.		Felice 2.
24. Aprile	Chiara Stella	Ariano di Puglia	32.	Oftalmia, e trichiasi a grado di Falangosi.		Felice 2.
2. Maggio	Stella Ajata	Napoli	32.	Oftalmia, panno, e cicatrici con trichiasi alle palpebre superiori.		Buono ma opacità alle corn.
14. *idem*	Antonio Palma	*idem*	24.	Oftalmia, panno e trichiasi alla palpebra superiore destra.		Felice.
8. Giugno	Fortun. Cappucini	*idem*	26.	*idem*	*idem* *idem*	Felice.
19. Giugno	Francesco Pico	*idem*	18.	*idem*	*idem* *idem*	Felice.

Ferro conficcato nella cornea, ed oftalmia traumatica.

An. 1819. 15. Gennajo	Luigi Ejermann	Tedesco	An. 26.	Con una scheggia di ferro conficcata nella cornea destra.	Si estrae la scheggia.	Felice.

Due casi di fistola al sacco lagrimale.

An. 1819. 29. Gennajo	Marianna Gallo	*idem*	An. 30.	Con idrope del sacco.	Vuolsi aprire, e la pressione fa uscire pel naso la materia puriforme.	Felice.
20. Luglio	Teresa de Domenico	*idem*	38.	Fistola suppurata ad ambedue i sacchi lagrimali.	Apertura e caustico.	Felici.

Due individui affetti da Tigna Palpebrale.

15. Dicemb.	Giuseppe Tofano	Palermo	2.	Oftalmia scrofolosa e tigna ad ambedue.		Guarito.
13. Luglio	Matteo Zaccolata	Napoli	25.	Tigna, e flusso palpebrale puriforme ad ambo gli occhi.		Felici.

Ettropio principale.

16. Giugno	Giuseppe Mancini	Napoli	17.	Ettropio principale ad ambo gli occhi.	Estirpazione ad ambedue le palpeb. infer.	Felici.

Individui 23. occhi 34.

PROSPETTO N.° II.

Che risulta dalle storie di 37. occhi operati di coropeja.

NUMERO D'ORDINE.	EPOCA dell' OPERAZIO.	NOMI E COGNOMI.	PATRIA	ETA'	CONDIZIONE DELL'OCCHIO DESTRO	CONDIZIONE DEL SINISTRO.	OPERAZIONE	SUCESSO
1.	1818. 25.Nov.	ANTONIO AMATO	Caserta	35.	Stafil. al sinistro dopo oftalmoblen.	Oftalmob. cicatrice e panno al destr.	Ectomia al sinistro.	Felice
2.	28. Novemb.	P. MAROTTA MOREL	Napoli	17.	Distrutto il destro cicatrice vasta al sinistro.	Sinistro cieco dopo oftalmob. per vasta cicatrice.	Ectomia al sinistro su picciol campo.	Felice
3.	*idem*	FILIPPO QUARANTA	*idem*	16.	Oftalmbl. residua e cicatrice bassa esterna al sinistro.	Cicatrice alta interna al destro.	Ectomia al sinistro interna e bassa.	Felice
4.	*idem*	GAETANO CAIRO	*idem*	10.	Da oftalmob. cicatrice vasta al centro e bassa al destr.	*id.* cicatrice vasta al centro ed in alto.	Ectomia in due tempi alta al destro bassa al sinistro.	Felici due
5.	*idem*	VINCENZO ESPOSITO	*idem*	20.	Da oftalmob. leucoma vasto e panno.	Sinistro distrutt.	Ectomia al destro.	Felice
6.	10. Dicemb.	FRANC. LANZA	*idem*	10.	Da oftalmob. leucoma vasto all'ester. del destro e basso.	Sinistro *id.*	Ectomia all' interno del destro.	Felice
7.	19. *idem*	FILIPP. CELENTANO	*idem*	10.	Da oftalmob. al destro.	Sinistro *id.*	Ectomia al destro basso.	Felice
8.	13. Genn.	ANTONIO CALAMITA	*idem*	20.	Da oftalmob. leucomi a 2 occhi.	Nel sinistro venne tentata l' operazione inutilmente.	Ectomia al destr.	Felice
9.	23. *idem*	FILIPPO QUARANTA	*idem*	16.	Leucoma da oftalmob. campo bass. al destro ed esterno.	Al sinistro campo alto interno riuscita.	*idem*	Felice sebb. non omologhe
10.	27. *idem*	PASQUALE MANIERI	Di Civita Campo Marano.	28.	L' occhio destro distrutto.	Residuo panno ed oftalmob. al sinistr.	Ectomia al sinistro basso e dall'angolo esterno.	Felice
11.	13. Febbrajo	RAFFAELE SCARPA	Napoli	16.	Stafiloma al destro prima depresso e dopo ectomia.	Sinistro distrutto.	Ectomia al destro picciolo campo.	Felice
12.	15. *idem*	FILIPP. CELENTANO	*idem*	10.	Ectomia per dilatar la pupilla al destro.	Sinistro *id.*	Ectomia al destr.	Felice
13.	1. Marzo	ELISABET. STAJANO	*idem*	56.	Stafiloma totale al sinistro.	Sinizesi al destro	Ectomia per sinizesi al destro.	Felice
14.	10. *idem*	GIOVANNI MELE	*idem*	18.	Leucoma al destro.	Sinistro *id.*	Ectomia al destr.	Felice
15.	23. *idem*	ANDREA PRETELLA	Amalfi	32.	Stafiloma totale al destro.	Leucoma in alto al sinistro.	Ectomia in basso al sinistro.	Felice

NUMERO D'ORDINE	EPOCA dell' operazio.	NOMI E COGNOMI.	PATRIA	ETÀ	CONDIZIONE DELL'OCCHIO DESTRO	CONDIZIONE DEL SINISTRO.	OPERAZIONE	SUCESSO.
16.	23.Marzo	Michel. Melamone	Salerno	58.	Il destro distrutto per vajuolo.	Leucoma al sinistro.	Ectomia al sinist.	Felice.
17.	17.Aprile	Luca Rapone	Bivona statoRom	34.	Leucoma con residua vista.	Sinistro con leucoma picciolo e vede poco.	Ectomia al destr.	*idem*
18.	17. *idem*	Raffael. Pecorare	Napoli	36.	Sinizesi e cateratta spuria ad ambedue gli occhi.		Ectomia per sinizesi.	Felici ambedue
19.	23. *idem*	Giacin. de Monaco	Santa M. di Capua.	26.	Ceratoscotesi al destro.		Ectomia al destro e lenta atrofia.	Buono uno
20.	1.Maggio.	Tommaso Solla	Napoli	10.	Destro distrutto.	Al sinistro leucoma in basso.	Dialisi al sinistro	Felice
21.	*idem*	Giuseppe Coccia	*ideu*	25.	*idem*	Leucoma al sinistro.	Ectomia al sinist.	*idem*
22.	10. *idem*	Ferdinan. Bolino	*idem*	23.	Leucoma al destro.	Sano il sinistro.	Ectomia al destro.	*idem*
23.	15. *idem*	Carmela Urciuolo	Gesinale	54.	*idem*	Distrutto il sinistro.	*idem*	*idem*
24.	22. *idem*	Francesco Majone	Ariola	26.	Leucoma vasto sifilide, sinechia.	Sinistro con leucoma che lascia un campo libero.	Ectomia al destro picciolo campo.	*idem*
25.	5.Giugno	Luca Rapone	Bivona	34.	Riuscita l'ectomia al destro.	Si tenta al sinistro che vede.	Ectomia al sinistro.	*idem*
26.	*idem*	Ang. Rosa Luezza	Afragola	30.	Cornea destra distrutta.	Picciol campo in alto.	*idem*	Vede poco
27.	12.*idem*	Emanuela Brida	S. Bartolommeo	36.	Ectomia al destro dopo del sinistro.	Ectomia al sinistro.	Prima al sinistro.	Felici due
28.	19. *idem*	Domenic. Bevevino	Amida in Catanzar.	24.	Il destro sano.	Sinezesi.	Ectomia al sinist.	Felice
29.	23. *idem*	M. Gius. Miranda	Napoli	28.	Il destro distrutt.	Picciol campo in alto.	Dialisi ceratoscotesi a sinistro.	Vede poco
30.	26.*idem*	Leopol. Schipani	Montesarchio	10.	Picciolo spazio in alto.	Il sinistro con totale stafiloma	Dialisi al destro.	*idem*
31.	3. Luglio	Francesco Majone	Ariola	26.	Operato a dì 22 Maggio.	Il sinistro vede un poco.	Ectomia al sinistro.	Felice
32.	24. *idem*	Fran. della Valle	Santa M. di Capua	30.	Il destro è sano	Cicatrice vasta al sinistro.	*idem*	*idem*
33.	2. Agosto	Marg. Sorrentino	Napoli	20.	Leucoma in alto al destro.	Il sinistro poco offuscato.	Ectomia al destr.	*idem*
34.	14.Ottob.	Vito Villano	Altavilla in Avell.	22.	Distrutto il destro	Leucoma al sinistro in alto.	Ectomia al sinistro.	*idem*

Sono 34 individui curati mediante la Pupilla Artificiale, ossia sottoposti alla corotecnia, gli occhi furono n.° 37. de' quali con sucesso felice 33 con qualche utilità n.° 4.

Casi di evidente sifilide 5 senza cure precedenti guariti. Casi di oftalmoblen. cronica residua tre, guariti senza cura precedente.

PROSPETTO N.° III.

In cui si contiene quanto risulta dalle storie di 15 individui curati mediante l'Ecraxis.

An. 1818. 25. Novemb.	Salvatore la Greca	An. 36.	di Napoli	Estrazione ad ambedue.	Felici 2.
28. *idem*	Domenico Finna	26.	*idem*	*idem*	*idem*
10. Dicemb.	Bernard. Cocoziello	40.	Prato in Principato ultra.	*idem*	*idem*
18. *idem*	Giov. Adamo Eitel	80.	Svizzero	Estrazione al destro.	Buono ma debole per nervi.
An. 1819. 13. Gennajo	Angiola Longobardi	32.	Napoli	Estrazione ad ambedue.	Felici 2.
10. Marzo	Giovanni Fabianetti	78.	Gattinara in Piemonte.	*idem*	Felice 1. ipopio ad 1.
3. Aprile	Antonio Ungaretti	25.	di Noja	Estrazione ad 1.	Felice
19. Maggio	Luca Fienza	53.	Piano di Sorrento.	Estrazione ad ambedue.	Felici 2.
26. *idem*	Fra Domen. Barone	35.	Casalnuovo	*idem*	*idem*
29. *idem*	Domenica Simocello	56.	Saviano	*idem*	*idem*
2. Giugno	Antonio Madoranza	62.	Napoli	Estraz. ad uno.	Felice
16. *idem*	Domenico Chiappino	33.	Loreto	Estrazione ad ambedue.	Felici 2.
23. *idem*	Domenico Cataldo	49.	Napoli	Cheratonisi ad ambedue gli occhi.	Felice 1. uno cassula.
16. Settemb.	Carminella Cianci	38.	Rocca	Estrazione anter. ad ambedue.	Felici 2.
20. Ottobre	Pasquale Modola	66.	Foggia	*idem*	*idem*

Individui n.° 15 de' quali tre ebbero l'operazione ad un solo occhio, e le operazioni di cateratta sono state in tutto 27 due delle quali per cheratonisi, ed una di queste è mancata per causa di cateratta secondaria, delle altre 25 in un caso è sopragiunto l'ipopio per grave infiammazione, ed un' occhio restò debole per causa de' nervi; ma 23 occhi ricuperarono il grado di vista che si potea desiderare.

PROSPETTO N.° IV.

N. 4. casi di ernia consecutiva all' operazione estirpata con esito buono.

1819. 2. Giugno	Antonio Maduranza	Ernia dopo estrazione.	Recisa	Felice
12. Settemb.	Antonio Tarallo	Ernia al sinistro dopo Ectomia.	*idem*	*idem*
1818. 28.Novemb.	Domenico Finna	Ernia al destro dopo l'estrazione.	*idem*	*idem*
18. Dicemb.	Bernard. Cocuziello	Ernia al sinistro	*idem*	*idem*

PROSPETTO N.° V.

Due casi di Broncocele curato mediante il setone come nel libro III. pag. 242. Annotaz.e V.a

5. Febbrajo	Girolama Marotta	di Rotondi in Avellino.	Si passano setoni con elleboro.	Va bene
idem	Maria Esposita	*idem*	Si sviluppano ascessi linfatici.	Poca utilità.

PROSPETTO N.° IV.

Degli oftalmici ambulanti al numero di 130 individui che vennero quasi tutti curati con medicine locali.

EPOCA dell' OPERAZIONE.	NOMI E COGNOMI.	ETÀ	PATRIA.	MALATTIA	TEMPAMENT.	ESITO.
An. 1818. 5. Novemb.	Pasqual. d'Ippolito	25.	Cotrone.	Oftalmoblenorrea e stafiloma al destro.	»	L'oftalmobl. è guar. e lo stafil. ingomb. l'occh.
idem	Maria Buoncasone	14.	Napoli	Stafiloma al destro.	»	La cornea si è rischiarata.
20. *idem*	Anna Sala	37.	*idem*	Oftalmitia al destro.	»	Và molto bene.
22. *idem*	Michele Morsillo	38.	*idem*	Oftalmia al destro.	»	Và bene e guarisce.
24. *idem*	Anna M. Orlando	4.	*idem*	Oftalmia scrofolosa ed ulceri.	»	Si è guarita.
26. *idem*	Paolo Cattuso	1 mese	*idem*	Oftalmoblenorrea ed ernia al sinistro.	»	Và meglio e l' ernia recisa lasc. poco vizio
27. *idem*	Diego Passaro	30.	Gaeta	Oftalmoblenorrea e leucoma al sinistro.	»	Và meglio.
28. *idem*	Fortunata Orsa	16.	Napoli	Oftalmoblenorrea panno ed ulceri.	»	Và bene.
30. *idem*	Girol. Guardiano	50.	*idem*	*idem*	»	*idem*
idem	Orsola Esposito	50.	*idem*	Oftalmoblenorrea ed ulceri.	»	Guarita.
idem	Antonio Caputo	13.	Teverola	Sclerotitide ad amb gli occhi.	»	Và bene.
idem	Lorenzo Valente	50.	Napoli	Oftalmoblenorrea cronica e varici da sei anni.	»	È guarito.
2. Dicemb.	Niccola Penna	22.	*idem*	Oftalmoblenorrea panno e cicatrice.	»	Và bene.
idem	Carmine de Santis	30.	Abbruzzese	Oftalmitia grave.	»	Felice.
3. *idem*	Niccola Russo	60.	Napoli	Flusso palpebrale ad ambe gli occhi.	»	Guarito.
idem	Antonio Corsaro	40.	*idem*	Oftalmia scrofolosa ed ulceri.	»	Và bene.

4.Dicemb.	Tobia Gesorfa	8.	Napoli	*idem*	»	Guarito.
5. *idem*	Giuseppe Esposito	22.	*idem*	Oftalmia semplice.	»	*idem*
6. *idem*	Gjuseppe Concilio	35.	*idem*	Oftolmoblenorrea e panno.	»	Và bene.
9. *idem*	Gennaro Torre	12.	*idem*	Oftalmia scrofolosa e leucoma al sinistro.	»	Và meglio assai.
10. *idem*	Teresa Buono	33.	*idem*	Oftalmia scrofolosa e piccioli leucomi al destro.	»	Và bene.
12. *idem*	Antonio Rocco	20.	*idem*	Oftalmia traumatica al sinistro.	»	*idem*
13. *idem*	Gaspare Vitale	37.	Siciliano	Oftalmoblenorrea con ulceri, e panno.	»	*idem*
17. *idem*	Biase Castaldi	46.	Afragola	Leucoma centrale al sinistro.	»	Và meglio.
18. *idem*	Ferdinan. Restale	30.	Napoli	Oftalmoblenorrea e cicatrici ad ambedue da due anni.	»	Và bene.
19. *idem*	Carmina Mazzella	28.	Procida	Oftalmoblenorrea e panno.	»	*idem*
An. 1819. 1. Gennajo	Antonio Frati	30.	Napoli	Corneitide scrofolosa e panno al sinistro.	»	*idem*
6. *idem*	Irene Lena	32.	*idem*	Iritide, e pupilla alterata.	»	Và meglio.
12. *idem*	Vincenzo Palma	42.	*idem*	Oftalmoblenerrea e panno.	Sifilitico	Guarito.
15. *idem*	Andrea Andreotta	25.	Capodichin.	*idem*	*idem*	*idem*
20. *idem*	Gennaro de' Masi	30.	Napoli	Iritide al sinistro altra volta operato felicemente.	*idem*	Và meglio.
idem	Giusep. de Simone	48.	*idem*	Oftalmoblenorrea; ettropio panno, ed ulcere.	*idem*	Và bene.
idem	Lucrez. Biancardi	46.	Fratta piccola.	Ulceri alle cornee.		Guarita.
idem	Gennaro Coppola	36.	Napoli	Iritide al destro	Sifilitico	Guarito.
30. *idem*	Ferdin. Giaquinto	12.	Santa Maria	Oftalmia ed ulcere al sinistro.	»	*idem*
idem	Pasqualino Vitelli	21.	Napoli	Oftalmia ad un occhio e leucoma totale all'altro.	»	Và meglio.
idem	Michelang. Volpi	53.	*idem*	Omtalmoblenorrea, ettropio e panno.	»	*idem*
5. Febbr.	Gennaro Coppola	36.	*idem*	Iritide incipiente al destro.	Sifilitico	Và bene.

18. Febbr.	Ferdin. Giacquinto	12.	Santa Maria	Oftalmia ed ulcere.	*idem*	Guarito.
11. *idem*	Pasquale Vitelli	21.	Avignano	Oftalmia e leucoma centrale.	*idem*	Và meglio.
14. *idem*	Michelang. Voldi	34.	Napoli	Oftalmoblenorrea panno ed ettropio.	»	Và bene.
idem	Nicola Risco	5.	*idem*	Leucoma al destro cornea sinistra distrutta	»	Và meglio.
15. *idem*	Antonio Esposito	60.	*idem*	Ipopio ed oftalmia al sinistro.	»	*idem*
4. Marzo	Irene Lena	32.	*idem*	Oftalm, ed Iritid. ulcere all'occh. destr., pup. defor si tenta di scemar l'iritid.	Sanguigno	30. Marzo và meglio.
12. *idem*	Vincenzo Palma	42.	*idem*	Oftalmoblenorrea e panno.	Linfatico	25 d.° và meglio.
20. *idem*	Raffaele Bollino	39.	*idem*	Oftalmoblenorrea cronica, panno alle cornee.	Flemmatic.	30 d.° và meglio.
2. Aprile	Andrea Andretta	25.	Capo di china.	Oftalmobl. cron. panni e cicatrici superficial. alle cornee.	Sanguigno	16 Aprile và meglio.
6. *idem*	Antonio Capezzone	45.	Napoli	Oftalmoblen. psorica. panno cronic. alle cornee	Colerico	18 d.° và meglio.
12. *idem*	Paolo Luciani	16.	*idem*	Panno cronico alle cornee.	Sanguigno	25 d.° và meglio.
18. *idem*	Genn. Scognamino	20.	*idem*	Nubecola e cicatrici al centro della cornea destra.	*idem*	29 d.° và meglio.
19. *idem*	Giuseppe Augello	32.	*idem*	Oftalmobl. all'occhio sinistro complicata con sinizesi.	Flemmatic.	26 d.° và meglio.
20. *idem*	Loren de Angelis	45.	Palermo	Corneitide.	Sanguigno.	30 d.° và meglio.
idem	Giuseppe Boccamea	50.	Napoli	Oftalmoblen. cronica.	Colerico.	30 d.° và meglio.
22. *idem*	Maddalena Nazzo	26.	*idem*	Oftalmoblen. grave.	Bilioso.	28 d.° và meglio.
24. *idem*	Carmela Penta	26.	*idem*	Oftalmoblen. cronica cicatr. in ambo le cornee che offuscan le pupille.	Flemmatic.	4 Maggio và meglio di molto
26. *idem*	Pasquale Cicala	40.	*idem*	Distruz. dell' occhio sinistro, cicatr. occupanti la corn. destra, e panno	Sanguigno.	8 d.° và meglio.
idem	Mariano Cammara	25.	*idem*	Distruzio. dell'occhio destr. Oftalmob. e panno ad amb. gli occhi.	*idem*	8 d.° và meglio.
27. *idem*	Gaetano Ruggieri	28.	*idem*	Oftalmoblenorrea e panno ad ambo gli occhi.	Colerico.	8 d.° và meglio.
2. Maggio	Giovanni Pescarese	45.	Aversa	Panno in ambo le cornee per oftalmoblenorr.	*idem*	20 d.° và meglio.
2. *idem*	Frances. Lamberti	39.	*idem*	Panno cronico ad ambo gli occhi, cicatrici che occupano la pupill. sinis.	Linfatico.	4. Giugno và meglio.

14.Maggio	Grazia Rocca	29.	Aversa	Ottalmoblen. cronica, e panno.	Colerico.	
18. *idem*	Raffaela Aveta	33.	*idem*	Ambliop. amaur. quasi totale nell'occh. sin., incipien. nel dest. ulc. ed ottal.	Sanguigno.	25 d.° và meglio.
idem	Luigi Bonoconto	41.	*idem*	Ottalmoblenorrea, e panno ad ambo gli occhi.	Linfatico.	29 d.° và meglio.
idem	Raffaele Bagnuola	34.	*idem*	Ottalmoblenorrea.	Sanguigno.	29 d.° và meglio.
idem	M. Gaetano Rienzo	27.	*idem*	Ottalmoblenorrea con ulcere, e panno cronico alle cornee.	Flemmatic.	25 d.° và meglio.
idem	Michele Signore	49.	*idem*	Panno cronico alle cornee.	Linfatico	7. Giugno và meglio.
19. *idem*	Aniello Sasso	46.	*idem*	Ottalmoblenorrea cronica, e panno.	Colerico.	29 d.° va meglio.
20. *idem*	Pasqual. Peginella	51.	*idem*	Panno e cicatrici ad ambo le cornee.	Sanguino.	30 d.° va meglio.
30. *idem*	Eloisa Basilone	40.	Napoli	Stafiloma incipiente alla cornea.	Sanguigno	10. Giugno và meglio.
2. Giugno	Antonia Fatigato	27.	*idem*	Panno all'occhio sinistro.	Colerico	15. d.° và meglio.
5. *idem*	Domenico Ferrante	40.	*id m*	Panno alle cornee.	Linfatico	20. d.° và meglio.
6. *idem*	Gaetano d' Aquino	30.	Benevento	Panno cronico, e cicatrici alle cornee.	Sanguigno	29 d.° và meglio.
7. *idem*	Pasquarella Giorgio	24.	Napoli	Ottalmoblenorrea, e panno alle cornee.	*idem*	*idem*
idem	Rosa Forzajolo	22.	Ischia	Stafiloma alle cornee maggiore all'occh. destro occup. il cent. della pup.	Linfatico	15 d.° và meglio.
8. *idem*	Agnese Ambrosio	30.	Napoli	Panno alla cornea sinistra.	Colerico	27 d.° và meglio.
idem	Giuseppe Guarini	37.	*idem*	Corneitide e panno ad ambo gli occhi.	Sanguigno	28 d.° và meglio.
9. *idem*	M. Antonia Calisa	30.	*idem*	Ottalmoblenorrea ed ascesso incipiente alla cornea destra.	Colerico	24 d.° và meglio.
idem	Vincen. di Giuseppe	40.	Abbruzzo	Panno ad ambo le cornee.	Sanguigno	28 d.° và meglio.
idem	Piet. Ant. Cavace	76.	Sorrento	Ottalmoblenorrea ed ulcere alle cornee stafiloma incipiente.	Sanguigno	20 d.° và meglio.
11. *idem*	Luigi Riccardi	30.	Ponticelli	Cateratta spuria formata all' occhio destro incipiente al sinistro.	Flemmatic.	16 d.° và meglio.
idem	Antonio Ficari	40.	Napoli	Panno denso e cicatrice all' occhio sinistro.	Sanguigno	29 d.° và meglio.
15. *idem*	Luca Sepio	20.	*idem*	Ottalmoblenor., ulcere al centro della cornea.	*idem*	*idem*

16. Giugno	Gennaro Arcucci	26.	Napoli	Flemmatic.	Residuo d'ottalmobl. panno ad ambo le cornee con picc. gradi di vista.	27. Giugno và meglio.
idem	Giuseppe Leca	13.	Pozzuolo	Sangnigno	Residuo d'ottalmoblenorrea, e panno alle cornee	25 d.° và meglio.
idem	Michele Cocozza	30.	Portici	Linfatico.	Stafiloma parziale agli occhi maggiore nel destro.	29 d.° và meglio.
19. *idem*	Vincenzo Palma	30.	Napoli	Sanguigno.	Ottalmobl. panno, e cicatrici alle cornee.	30 d.° và meglio.
22. *idem*	Vincenzo Sposito	4.	Santa Maria di Capua.	Sanguigno	Ottalmia scrofolosa.	30 d.° và meglio.
28. *idem*	Giuseppp. Tartoroso	16.	Napoli	Linfatico	Ottalmia scrofolosa, panno, e cicatrice alla carnea sinistra.	10. Luglio và meglio.
29. *idem*	Simone de Simone	60.	*idem*	*idem*	Ottalmia scrofolosa.	8 d.° và meglio.
30. *idem*	Luigi Ferrigno	31.	*idem*	»	Ottalmoblenorrea cronica, e panni alle cornee.	12 d.° và meglio.
idem	Bartolom. Sposito	30.	*idem*	Colerico	Stafiloma parziale, panno all' occhio destro, disorganizz. al sinistro.	12 d.° và meglio.
idem	Raffaele Cicala	28.	*idem*	Sanguigno	Ottalmia grave, ascesso alle cornee.	13 d.° và meglio.
2. Luglio	Gennaro Baffa	17.	*idem*	Sanguigno	Corneitide, e panno.	14 d.° và meglio.
3. *idem*	Raff. Lisandrone	30.	*idem*	Colerico	Ottalmoblenorrea, e panno alle cornee.	16 Luglio và meglio.
idem	Fortun. Gargiulo	16.	*idem*	Sanguigno	Leucoma parziale al sinistro.	15. d.° và meglio.
5. *idem*	Domenico Bianchi	23.	Capodi Viso.	*idem*	Ottalmia cronica, e panno all' occhio sinist.	19. d.° và meglio.
7. *idem*	Andrea Atocana	21.	Napoli	*idem*	Flusso palpebrale ad ambo gli occhi.	27 d.° và meglio.
idem	Rosa Andretta	30.	*idem*	*idem*	Ottalmia grave all'occhio sinistro.	24 d.° và meglio.
10. *idem*	Maria Turco	10.	*idem*	Linfatico	Ottalmia scrofolosa.	*idem*
idem	Giuseppa Basillo	2.	*idem*	Sanguigno	Leucoma da vajuolo all' occhio sinistro.	27 d.° và meglio.
13. *idem*	Maddal. Cangiano	10.	Aversa	*idem*	Leucoma al sinistro.	*idem*
idem	Antonio Clarone	18.	Napoli	*idem*	Trichiasi parziale alle palpebre.	23. Marzo và meglio.
idem	Pietro Turino	21.	*idem*	*idem*	Iritide.	28 d.° và meglio.
14. *idem*	Giac. de Crescenzo	30.	*idem*	*idem*	Ottalmoblenorrea all' occhio sinistro.	30 d.° và meglio.

idem	Antonio Sposito	22.	*idem*	*idem*	Ottalmoblenorrea.	19 d.° và meglio.
20. *idem*	Cherubina Divino	28.	Foggia	*idem*	Sclerotitide ad ambo gli occhi.	30 d.° và meglio.
idem	Anna Rosa Papa	48.	Portici	*idem*	Ottalmia grave all'occhio sinistro.	4. Agosto và meglio.
idem	Nicola Ferrara	60.	Napoli	*idem*	Panni, ed ettropio.	29 Luglio và meglio.
24. *idem*	Candida Laggese	40.	*idem*	Colerico	Ulcere, panno all'occhio sinistro con distruzione al destro.	30 d.° và meglio.
23. *idem*	Gaetano Luberti	46.	*idem*	Flemmatic	Ottalmoblenorrea e panno incipiente all'occhio destro.	*idem*
11. Agosto	Giovanni Bertucci	6.	*idem*	Sanguigno	Panno all'occhio sinistro, e parziale trichiasi.	20 Agosto và meglio.
27. *idem*	Ignazio Capodanno	7.	*idem*	Linfatico	Ottalmoblenerrea all'occhio sinistro.	30 d.° và meglio.
20. *idem*	Teresa Agraziata	13.	*idem*	*idem*	Stafiloma parziale alla cornea.	*idem*
17. *idem*	Antonio Ferrara	60.	Ferrara	*idem*	Ettropio ad ambo le palpebre inferiori.	20 d.° và meglio.
12. *idem*	Mariano Caputo	35.	Nocera	*idem*	Panno all'occhio destro.	14 d.° và meglio.
13. *idem*	Armenia Guida	29.	Napoli	Sanguigno	Panno alle cornee.	20 d.° và meglio.
16. *idem*	Pasquale Circa	6.	*idem*	*idem*	Stafiloma all' occhio sinistro	24 d.° và meglio.
20. *idem*	Michele Luccaro	29.	*idem*	Linfatico.	Panno alle cornee.	25 d.° và meglio.
3. Settemb.	Gaetano Fimiani	32.	*idem*	Colerico.	Panno alle cornee.	10 Settembre và meglio.
10. Ottobr.	Pasquale Gennaro	37.	*idem*	*idem*	Ottalmoblenorrea e cicatrici alle cornee.	20 Ottobre và meglio.
14. *idem*	Eloisa Caporale	40.	Gaeta	Sanguino.	Ulcere alle cornee.	22 d.° và meglio.
15. Novemb.	Felice Molina	40.	Napoli	Linfatico	Panno alle cornee.	30 Novembre và meglio.
1. Dicemb.	Anton. Guarnaccio	53.	Salerno	Sanguigno	Panno alle cornee.	12 Dicembre và meglio.
5. *idem*	Michela Apicella	19.	Napoli	*idem*	Ottalmoblenorrea e piccole ulceri alle cornee.	*idem*
11. *idem*	Guida Raffale	26.	*idem*	*idem*	Panno alle cornee.	20 d.° và meglio.
13. *idem*	Santa Dorso	30.	Messina	*idem*	Leucoma, e panno alla cornea destra con oftalmia cronica.	*idem*

idem	Francesco Vino	26.	Laurenzano	*idem*	Stafiloma diafano all'occhio sinistro, e panno al destro.	22 d.° và meglio.
18. *idem*	Serafina Poppa	30.	Sorrento	*idem*	Flusso palpebrale.	28 d.° và meglio.
19. *idem*	Concetta Pierro	28.	Napoli	*idem*	Panno alle cornee ed ottalmia.	29 d.° và meglio.
21. *idem*	M. Rosa Gersuola	22.	Ischia	Linfatico.	Leucoma alle cornee per infiammazione.	30 d.° và meglio.

§. 1. Fra questi 130 individui nessuno ha perduto la vista, pochi furono quelli i quali non abbiano continuato a curarsi fino alla totale possibile guarigione, e la maggior parte sono stati guariti dopo essersi notato che andavano meglio. Coloro i quali avevano ulceri vaste, o cicatrici profonde e dense non hanno potuto ricuperare interamente la vista, rimanendo qualche leucoma; ma tutti acquistarono quel tanto che si poteva sperare senza uso di rimedj interni, che vennero amministrati solamente ai *sifilitici*, e nei casi di corneitide.

§. 2. Talchè nel corso di quest'anno abbiamo verificato sempre più la precisione, e convenienza dei metodi addottati per la cura delle oftalmie, i quali verranno spiegati nel trattato susseguente.

TRATTATO D' OFTALMIATRIA

CAPO I.

Patologia generale sulle forme, e su varie distinzioni delle oftalmie.

Oftalmia significa infiammazione dell' occhio.

§. 1. Sotto il vocabolo oftalmia comprendono i medici le infiammazioni degli occhi, qualunque sia la sede, ed il grado che occupano nelle parti spettanti all' organo della vista. Il dolore, il rossore, e la gonfiezza essendo sintomi della infiammazione, tostochè uno di questi tre sintomi, oppur tutti si appalesano in una parte dell' occhio diciamo esistere l' oftalmia.

Apparente infiammazione ossia stato cronico.

§. 2. Verso il cominciare di questo secolo i maestri dell' arte hanno dimostrato, che non rare fiate si presentano i sintomi dell' infiammazione sopra notati, senza, che sussista una vera infiammazione nell' occhio (vedi Scarpa, Schmidt, Benedict, Himly, e Beer) in questo caso l' apparente stato d' infiammazione suole essere piuttosto conseguenza di un corso infiammatorio, e non già uno stato di vera attività morbosa, e pruova ne sia che l' infermo in tale stato sopporta le applicazioni topiche stimolanti, ed astringenti, nè riceve utilità veruna dalle evacuazioni sanguigne, nè dal metodo antiflogistico; anzi peggiora sotto l' azione de' rimedj debilitanti, e sotto l' impressione degli ammollienti.

Due Stadj nominati oftalmitide, ed oftalmia.

§. 3. Dopo queste osservazioni: molti hanno distinto due stadj dell' oftalmia de' quali uno acuto venne chiamato oftalmitide da Gio. Adamo Schmidt, e l' altro oftalmia. In questo secondo stadio i vasellini rimangono rossi, e dolenti perchè sono stati sfiancati, e perchè il sangue presa avendo nel primo stadio l' abitudine direi quasi di circolare entro i vasellini sierosi gli mantiene ingrossati, e distesi, e manda fuori per le pareti de' medesimi molta linfa, o materia mucciosa, che può mantenere esulcerata

la cornea quando abbia esistito un ascesso, e che dà luogo ad una grave irritazione dell' occhio. Le cause morbose rinnovandosi con frequenza, e l' occhio essendo già viziato non può resistere alla loro influenza, e rinnovasi l' oftalmitide più, e più volte, e le parti ch' erano diafane si alterano, e diventano opache pel concorso irregolare e permanente della linfa, o del sangue.

Definizione dell' oftalmia.

§. 4. Io non ho creduto necessario adottare in pratica la distinzione di oftalmitide, ed oftalmia giacchè non sono, che due stadj i confini de' quali non si possono ben determinare, ma in generale riguardo l' oftalmia come una stato irregolare del sistema sanguigno dell' occhio per cui il sangue, o la linfa mostrasi in un modo irregolare entro i tessuti di quest' organo.

Si può viziare un tessuto solo, e non i vicini.

§. 5. Un gran numero di osservazioni hanno servito a convincermi che il sangue, e la linfa può affluire in copia entro una, o più parti dell' occhio senza alterare menomamente i tessuti vicini; e su questo dato ho addottata la seguente distinzione, come quella, che è più conforme alla natura delle oftalmie.

Distinguo 5 oftalmie esterne e 7 interne.

§. 6. Io distinguo cinque specie di oftalmie esterne, e sette specie delle interne. Queste vengon classificate secondo la sede del male, e percorrono due periodi acuto e cronico.

Oftalmia esterna.

§. 7. Quando l' infiammazione attacca la sola congiuntiva, sia palpebrale, sia oculare, essa dà origine all' *oftalmia semplice esterna.*

Oftalmia delle sole ghiandole meibomiane.

§. 8. Se l' infiammazione altera le sole ghiandole di meibomio, che trovansi sottoposte alla congiuntiva palpebrale, allora l' *oftalmia* è *catarrale semplice*, ed è quella descitta esattamente dal nostro maestro Scarpa sotto il nome di *flusso palpebrale puriforme.*

Oftalmoblenorrea.

§. 9. Allorchè poi fin da bel principio l' infiammazione attacca profondamente e la congiuntiva, e le ghiandole di meibomio ella prende un carattere più grave, e porta una secrezione di materie non mucciose, ma blenorroiche, e corrosive in guisacchè gli antichi l' hanno chiamata oftalmia-blenorroica, e noi la chiamiamo *oftalmoblenorrea*, che significa blenorrea degli occhi.

Infiammazione della ghiandola lagrimale, o del sacco.

§. 10. Accade, ma ben di rado, che l' infiammazione senza alterare, nè la congiuntiva, nè le ghiandole di meibomio attacchi invece le parti ghiandolari più lontane da essa spettanti all' occhio, ed allora infiammasi, o la ghiandola lagrimale oppure in-

fiammansi i follicoli mucosi del sacco lagrimale, e nel primo caso ha luogo la *dacristidite*, e nel secondo la *blenorrea del sacco lagrimale.*

Blenorrea del sacco non rara ad incontrarsi.

§. 11. La infiammazione semplice della ghiandola lagrimale è rarissima ad osservarsi quando non sia l' effetto di una ferita, ma la blenorrea del sacco incontrasi, men di rado sola ed indipendente dall' oftalmoblenorrea, e dal flusso palpebrale, ciò non esclude per altro la possibilità della complicazione di queste oftalmie; ma per quanto ho potuto osservare fra mille oftalmici, appena se ne trova uno, o due ne' quali veggasi congiunta l' oftalmoblenorrea colla blenorrea del sacco, ed in cento persone attaccate da flusso palpebrale una appena soffre l' alterazione sudetta del sacco lagrimale.

Conseguenze della blenorrea del sacco.

§. 12. La blenorrea del sacco suole dar principio alla epifora, all' ernia del sacco, all' idrope del sacco, e finalmente porta la fistola suppurata come spiegherò dettagliatamente a suo tempo.

L' Oftalmitide varia, e si rinnovano dunque distinzione dello Schmidt inutile.

§. 13. Ho detto più sopra che l' oftalmitide non è altro sennonchè uno stadio dell' oftalmia, quindi non può riguardarsi, come una malattia *sui generis*, e sebbene giovi alle indicazioni curative conoscere l' acuzie del male, e distinguerla dallo stato cronico, non avendo io potuto riconoscere de' caratteri precisi, e marcati, i quali servano a questa distinzione, ed anzi notato avendo che l' oftalmia cronica ritorna non di rado all' acuzie per causa delle recidive non ho voluto addottare la nomenclatura del Prof. Schmidt per non rendere complicato, e difficile il presente trattato senza una utilità di pratica, ed ho determinato il metodo curativo senza bisogno, che l' oculista appoggi le sue regole sopra una diagnosi così difficile, ed incerta.

L'Oftalmia passa facilmente a stato cronico.

§. 14. Mi basta unicamente ch' egli sia convinto della possibilità de' due stadj acuto, e cronico, e consideri, che lo stadio acuto può bensì rinnovarsi di tempo in tempo; ma che non potrà avere una durata assai lunga, perchè l' organo della vista è troppo dilicato nella sua struttura, e quindi non potrebbe sopportare una infiammazione acuta grave, che durasse a lungo senza venire disorganizzato; la pratica ci dimostra che questa infiammazione passa prontamente allo stato cronico.

§. 15. Le principali oftalmie esterne sono adunque il *flusso palpebrale*, l' *oftalmia semplice*, e l' *oftalmoblenorrea*, se si prescinda dalla *dacriostitide*, e dalla *blenorrea del sacco*, e qualunque volta esse produrranno formazioni di nuovi tessuti, oppure alterazioni delle parti vicine alla loro sede, l'*oftalmia* si chiamerà *degenerata*; e vi sarà pericolo, che l' organo della vista venga impedito nelle sue funzioni; come se avesse luogo una grave oftalmia interna, ossia oculare. Cinque specie di oftalmie esterne.

§. 16. Le oftalmie interne sono quelle che attaccano fin da principio non già le parti esterne dette dagli anatomici accessorie; ma le parti componenti il globo dell' occhio, e perciò possono chiamarsi anche oftalmie oculari; ma noi le chiameremo interne. Delle oftalmie interne o oculari.

§. 17. Non sono molti anni che queste infiammazioni, vennero descritte diligentemente dai maestri dell' arte, e possono anch'esse denominarsi secondo la sede che occupano, e quindi le chiameremo *Corneitide*, *Sclerotitide*, *Iritide*, *Coroiditide*, *Retinitide*, *Jaloiditide*, ed infiammazione della *cristalloide*; e potranno essere o acute, o croniche. Delle sette specie di oftalmie interne.

§. 18. Queste sette specie d' oftalmie oculari fanno il loro corso a norma della natura delle parti, che attaccano e producono effetti che meritano una particolare considerazione, talchè il loro andamento, le cause dalle quali risultano, ed i metodi curativi, debbono spiegarsi in tanti capi distinti. Spiegheremo il corso, e cura delle oftalmie interne.

§. 19. Finalmente abbiamo una decimaterza specie di oftalmia la quale ha un' indole tutta particolare, ed attacca complessivamente tanto le parti esterne, che le interne perchè deriva principalmente da lesioni organiche, e questa la chiamiamo oftalmia traumatica; in essa il male dipende principalmente dal grado della lesione, e dal modo con cui essa ha avuto luogo, ed è stata curata, però in taluni casi il suo sviluppo deriva in gran parte da cause interne e da qualche alterazione della cute, o dello stomaco, o del sistema arterioso, che portano maggiore sviluppo d' oftalmia. Dell' oftalmia traumatica.

§. 20. Coloro, i quali non sono abituati ad osservare attentamente le malattie degli occhi potrebbero credere, che l' esposta classificazione fosse puramente immaginaria, o sistematica, poichè sembrerà loro impossibile che una sola membranella dell' occhio Questa classificazione è fondata sulla pratica.

s' infiammi senza comunicarne lo stato morboso alle vicine parti, le quali ricevono i medesimi vasi, e nervi, e crederà questa denomizione più propria di un anatomico, che di un oculista; ma appena eglino si troveranno nel caso di osservare un gran numero di oftalmici resteranno convinti dell' esistenza di queste varie specie di oftalmie, le quali fin dal cominciare attaccano talune parti dell' occhio esclusivamente e vedrà per settimane, ed anche mesi restare il male nel luogo della sua prima sede, nè estendersi più oltre sennon dopo reiterate impressioni di cause morbose e dopo molte recidive determinate o da esterne cause morbose, o da influenza di certe condizioni specifiche interne.

Tutti inclinano a pensare, che l' intero occhio sia infiammato nell' oftalmia.

§. 21. Quasi tutte le persone di buon senso, allorchè veggono un occhio infiammato, e perciò gonfio, e rosso sono portate a giudicare, che tutto l' occhio sia infiammato, e non già che il male si limiti alla congiuntiva esterna ed alle ghiandole palpebrali, così io la pensava per più d' un anno sul cominciare della mia pratica, ma dopo aver tenuto in cura un gran numero d' individui affetti dall' oftalmoblenorrea mi sono avveduto, che ad onta di un' apparente infiammazione di tutto l' organo gl' infermi soffrivano poco dolore, e guarivano felicemente, stantecchè il male era limitato quasi sempre alla congiuntiva palpebrale, ed alle sottoposte ghiandole, o tutto al più si era propagato sulla congiuntiva della sclerotica, o su quella della cornea, ma che le parti interne dell' occhio mai venivano alterate se non dopo gravi, e replicate recidive.

Segui di alterazioni profonde.

§. 22. Ho notato altresì, che allorquando il male si distende fin sulla cornea vi si formano o nubecole, o ascessi, o esulcerazioni, e quindi o leucomi, o stafilomi, o ernie traggono origine, se distendesi sulla sclerotica l' occhio è sempre dolente, e l'ammalato accusa un senso di dolore cupo e profondo, e lo è ancor più quando venga attaccata o l' iride, o la coroidea, o la retina poichè in questi tre nltimi casi dolori insopportabili; intolleranza di luce e lagrimazione copiosa sono i sintomi, che accompagnano l' infiammazione; la quale porta un' alterazione ai nervi cigliari, e quindi al terzo, e quinto pajo, e se il male non cessa prontamente induce o la distruzione dell' organo, o la cecità.

§. 23. Finalmente nell' oftalmoblenorrea semplice la cornea, ed anche la congiuntiva che la ricopre si conserva sana, e diafana, e soltanto nell' oftalmoblenorrea degenerata presentasi, o l' offuscamento proprio della nubecola, o del panno della cornea, oppure si presentano dolori indicanti la sclerotitide, o quelli che attaccano gl' infermi ne' casi d' iritide, o finalmente l' ipopio, e talvolta l' ascesso della cornea, ed il materiale marcioso determina la distruzione delle parti più interne dell' occhio, talchè hanno anche origine la infiammazione, o del cristallino, o del vitreo, o della retina, o della coroidea con tutti i fenomeni, che sono effetti naturali delle alterazioni infiammatorie di queste parti; e de' quali parlerò in un trattato apposito.

Degenerazione dell' oftalmoblenorrea.

§. 24. Tutto ciò basterà a dimostrare, che le oftalmie sogliono attaccare talune parti dell' occhio esclusivamente, e si mantengono a lungo nella sede primitiva, nè invadono altre parti se non dopo lunga durata, e per causa di gravi recidive, ma qualunque volta inducano alterazioni delle interne parti se ne veggono de' segni manifesti.

Pruove, che l' infiammazione difficilmente passa ad alterare le interne parti.

§. 25. Producendo in questi casi l' oftalmia de' novelli tessuti e cangiando la condizione delle parti vicine alla sua sede potrà chiamarsi degenerata, e l' occhio si troverà ingombrato da nuovi tessuti, oppure impedito nelle sue funzioni, talchè l' organo della vista sarà in pericolo di perdersi, poichè verranno alterate le interne parti.

Oftalmia passata ad attaccare le parti interne.

§. 26. Innanzi di passare a descrivere l' andamento, e cura delle oftalmie giudico opportuno descrivere minutamente quali sieno le forme morbose da esse prodotte su varie parti dell' occhio.

Parlerò prima delle forme che risultano dall'oftalmia in varie parti dell'occhio.

CAPO II.

Forme morbose, che si osservano in caso di oftalmia.

Le produzioni delle oftalmie ed i sintomi sono state riguardate come infermità principali.

§. 1. I nostri maestri ci hanno descritto con precisione le varie forme morbose, che si presentano nel corso delle oftalmie, e molti le hanno riguardate come se fossero tante malattie distinte fra loro; ma non sono esse che gradazioni del male, oppure sintomi, o finalmente produzioni delle oftalmie, e per curarle bisogna badare alla sede primitiva del male, ed a troncare l' oftalmia, giacchè mai riescono utili que' metodi curativi, che sono diretti a toglierne gli effetti, o a medicare i sintomi.

Effetti delle oftalmie esaminati con ordine.

§. 2. Giudico intanto opportuno descrivere i principali gradi che si osservano, ed i prodotti delle oftalmie seguitando l' ordine anatomico.

Alterazioni delle palpebre per causa di oftalmia.

§. 3. Nelle palpebre osserviamo dopo l'oftalmia, le varicosità delle vene coronarie (vedi lib. II. pag. 292.), la tigna, la trichiasi cigliare, o totale o parziale (vedi lib. I pag. 23. e pag. 145.) l' entropio (id pag. 24.), e l' ettropio (id pag. 161.) e qualche volta si presenta un' apparenza della ptosi, o prolasso della palpebra superiore per cui l' occhio sembra impicciolito essendo nascosto in gran parte dalla palpebra gonfia non già perchè abbia luogo una vera ptosi, la quale sarebbe dipendente da paralisi palpebrale, ma pel gonfiamento della palpebra.

Alterazione delle ghiandole meibomiane.

§. 4. Procedendo alla congiuntiva osserviamo talvolta un ingrossamento levigato di quella porzione che riveste l' interno delle palpebre, la quale alterazione dipende da irregolare sviluppo del suo tessuto, ed altre volte osservasi una granulazione perchè le ghiandole meibomiane sono infiammate in un modo più positivo, si elevano dalla superficie della congiutiva, e la rendono granulosa; qualche volta la sostanza stessa di questa membrana cangiasi in tanti gruppi carnosi, i quali separano una sostanza blenorroica, come se fossero tanti follicoli muccosi, e questi formano delle ragadi, o escrescenze anche sulla congiuntiva oculare; ma princi-

palmente ne' contorni della caruncula, e sulla duplicatura della congiuntiva, la quale passa dalla palpebra a vestire la sclerotica.

§. 5. Qualche volta negl'individui scrofolosi ho veduto delle escrescenze carnose sviluppatesi nel corso di un' oftalmia che occupavano il luogo indicato; ma in questi casi avevano esse un aspetto scirroso, erano semi-trasparenti, come fossero piene di linfa, e non di sangue, erano durette, e non separavano materie blenorroiche, nè muccose. Alterazione osservata ne' scrofolosi.

§. 6. Quando la congiutiva, e le ghiandolette spettanti alla caruncula lagrimale s' ingrossano molto, allora sorge, o l' encantide sintomatica, o la permanente, e qualche volta la idatidea (vedi lib. I. pag. 165.), qualche volta si sviluppano de' peli, i quali s' ingrossano per soverchia nutrizione, e vedesi la trichiasi della caruncula, altre fiate si notano de' gruppetti di peli irritanti nati sulla congiuntiva oculare, come se fossero nei, ed ha luogo la trichiasi oculare. Encantide, e trichiasi della caruncula.

§. 7. La congiuntiva oculare poi s' ingrossa prendendo talora forma di un' ala, e costituisce lo pterigio, che parte sempre dalla duplicatura della congiuntiva, e vedesi per lo più al canto interno, altre volte si presenta in alto, o in basso (vedi lib. I. pag. 167. e lib. II. pag. 210.) (vedi tav. X. lib. II. Fig. 2.) e talora è sintomatico, altre volte principale, ossia permanente. Pterigio sintomatico, e permanente.

§. 8. Non di rado nel corso dell' oftalmia grave tutta la congiuntiva oculare gonfiasi, e si fa rossa senza che venga alterata da bel principio, nè la cornea, nè la sua congiuntiva, talchè questa membrana vedesi infossata e trasparente come sana. Gli antichi maestri hanno creduto, che il sangue fosse versato per entro alle cellule della congiuntiva, ed hanno riguardato questo grado d'infiammazione, come una particolare malattia chiamata *chemosi*, ma noi possiamo dimostrare, che il sangue circola in questo caso per entro ai vasi sierosi della congiuntiva, ed altro non fa che distenderli enormemente; nè questo può costituire una malattia particolare, ma bensì un grado dell' oftalmia. Alterazione sintomatica detta chemosi.

§. 9. Così quell' aridità che talvolta ha luogo allorchè le palpebre sono gonfiate, e si arrovesciano indentro per un versamento di linfa, portando esse le lagrime nel sacco lagrimale è un difetto, Tarassi.

prodotto da una sierosità alquanto densa, che circola per entro ai vasellini della congiuntiva privando l' occhio di lagrime, talchè rimane asciutto, ed è stato nominato *taraxi.*

Nubecola della cornea.

§. 10. Talora una linfa alquanto densa si versa entro i vasellini della cornea, detta membrana perde subito la sua trasparenza, e senza che abbia luogo esulcerazione, o soluzione di continuo essa diviene fosca, e cinerea, e turbasi la facoltà di vedere fintantochè la linfa densa non venga riportata per entro ai vasellini più grossi che circondano la cornea, ed appartengono alla sclerotica, od alla coroidea.

Ascesso della cornea.

§. 11. Se la nubecola non vien dissipata, e l' irritazione sussista a lungo, molta linfa raccogliesi allora entro la cornea, e questa versandosi fra le sue lamelle facilmente degenera in pus, il quale forma un' ascesso ed apresi d' ordinario al di fuori lasciando esulcerazioni più o meno profonde.

Ipopio.

§. 12. Se l' ascesso apresi invece al di dentro, il pus irrita la membrana dell' iride, e determina l' infiammazione di quest' organo, ed anche la suppurazione dell' occhio. Qualunque volta il pus si trovi raccolto sotto la cornea, ossia nella camera anteriore, questo difetto chiamasi ipopio, da *ipo* sotto e *pion marcia* ossia *pus*, ma questo pus non sempre viene formato nel tessuto della cornea, che anzi il più delle volte ha la sua origine o dal tessuto dell' iride, o dall' uvea, o dal corpo cigliare infiammato.

Vasellini, che alimentano l'ulcere consecutiva.

§. 13. Se attentamente vengano esaminate le ulceri della cornea si vedrà nella maggior parte de' casi un gruppo di vasellini sanguigni, i quali partendo dalla congiuntiva della sclerotica attraversano la superficie della cornea, e vanno al centro dell' ulcere, questi vasellini sono quelli che hanno dato origine all' ascesso della cornea, e continuano a separare una linfa saniosa, la quale mantiene aperta l' ulcere, e tende a distenderne la superficie (vedi tav. I. Fig. 3. e 5.).

Onice consecutiva.

§. 14. Così la superficie delle ulceri nelle persone malsane si allarga e si fa granulosa, in qualche caso il pus trovasi avviluppato dalla congiuntiva della cornea, che circonda l' ulcere, e lo contiene, ed allora rappresenta una specie di *onice* (vedi tav. I. fig. 2.).

Ulcere della cornea e suo aspetto.

§. 15. È facile intendere, che allorquando l' ulcere si è aperta di

recente osservasi nella congiuntiva della cornea una soluzione di continuo, che ha dato passaggio al pus; ma se l' oftalmia non è grave ne' soggetti robusti, e sani facilmente questa soluzione si cicatrizza, e la cornea rimane depressa dove è stato l' ascesso, come se in una pallottola di cera si fosse fatta una picciola fossa premendovi sopra con una lenticchia (vedi tav. I. fig. 4.) rimane però in questo caso una specie di esulcerazione interna, e vedesi ivi ondeggiare la superficie della cornea ne' varj movimenti dell' occhio perchè in questo luogo non è ugualmente compatta come negli altri.

Stafiloma diafano esulcerato, ed ernia dell' iride.

§. 16. Negl' infermi scorbutici, scrofolosi, o sifilitici l' esulcerazione portata dall' ascesso facilmente si approfonda, e si fa più ampia, talchè ha luogo, o lo stafiloma diafano esulcerato, o l' ernia dell' iride, e per evitare maggiori disordini bisogna recidere queste parti prominenti fin dal primo apparire (vedi lib. II. pag. 301.).

Rottura della cornea e vortice purulento.

§. 17. In seguito alle esulcerazioni di cui trattasi ha luogo talvolta la rottura della cornea con un forte scoppio, e ne esce il cristallino, dacchè viene poi l' atrofia dell' occhio, alcune volte la cornea stessa cade in suppurazione, e propaga il marcimento a tutto l' organo, il qual disordine è stato descritto dal Professore Benedict sotto nome di *vortice purulento*.

Membrana opaca, che si rinnova invece della cornea.

§. 18. Qualche volta dopo la distruzione di questa membrana sviluppasi un nuovo tessuto di vasi sanguigni e sierosi prodotti dal contorno della sclerotica, e formasi una membrana, la quale rimpiazza la cornea; ma questa è sempre cinerea, ed opaca talchè la visione rimane abolita.

Leucoma.

§. 19. Similmente ne' luoghi esulcerati della cornea non possiamo ottenere la guarigione, che mediante sviluppo di un nuovo tessuto di cicatrice, il quale suole essere biancastro, e perciò la cornea esulcerata, che si guarisce diventa opaca, e biancastra, questo tessuto di cicatrice per la sua bianchezza vien nominato dagli oculisti *leucoma;* e vi si veggono delle fibre biancastre aponevrotiche formanti la cicatrice.

Stafiloma.

§. 20. Allorchè poi la cornea esce dal suo livello, e si fa conica in tutta la sua superficie, o anche in qualche parte, e perde la forma sferoidea la prominenza che ne risulta rappresenta come un gra-

nello d' uva sovraposto alla cornea , e perciò questa elevazione dicesi *stafiloma* vocabolo derivato da *stafile* , che in greco vuol dire grano d' uva (vedi tav. I. fig. 6.).

Panno della cornea.

§. 21. Se invece di esulcerarsi, o di versar linfa, o pus nella cornea, l' oftalmia determina il sangue a circolare per entro ai vasellini sierosi, che formano il tessuto di essa, vedesi allora una reticella di vasi sanguigni in varie sue parti, e questi vasellini ingombrano la cornea ; ma di più la offuscano versando una linfa fosca nella superficie di essa membrana , e così risulta il panno di cui ho parlato nel lib. II. pag. 105. e lib. I. pag. 172.

Complicazioni della ceratoscotesi.

§. 22. Ecco le tre alterazioni della cornea, che danno principio alla occultazione della pupilla descritta già nel lib. II. pag. 49. sotto nome di *ceratoscotesi* , ivi ho spiegato quali complicazioni abbiano luogo , quando la cornea sia stata interamente aperta , o quando la lente sia stata distrutta, o la retina viziata. Nel primo caso sorge l' unione dell' iride colla cornea detta sinechia , nel secondo la ceratoscotesi và complicata con cateratta , e nell' ultimo con amaurosi.

Opacità dello stafiloma.

§. 23. Lo stafiloma è quasi sempre biancastro come il leucoma poichè dipende sovente da un tessuto di cicatrice formatosi dove è stata l' ulcere, che ha dato luogo alla prominenza della cornea, in questi casi le contrazioni del globo dell' occhio determinano l' uscita delle laminette sane dal livello ordinario, e queste si conservano diafane finchè non si formi la cicatrice biancastra , che la viene a ricoprire (vedi tav. I. fig. 6.).

Stafiloma nerastro.

§. 24. Altre volte invece lo stafiloma è nerastro, e ciò osservasi quando l' esulcerazione è stata molto profonda poichè in questi casi lo stafiloma non si riveste che di una tenuissima cicatrice e trasparisce l' iride , la quale sempre suole essersi insinuata per entro allo stafiloma fin da principio, quando esso sia vasto.

Stafilomi senza esulcerazione diafano, ed opaco, o albuminoso.

§. 25. Quando poi lo stafiloma non dipende da esulcerazione della cornea , allora è molto denso , ed ha origine da un' attività morbosa di tutto il tessuto vascolare della cornea. Se questa attività procede assai lentamente , come osservasi talvolta nella corneitide cronica, allora la cornea si fa conica a poco a poco, ed ha luogo quello stafiloma trasparente da me citato (lib. II. pag. 104.),

ma se invece una infiammazione acuta grave, come sarebbe un' oftalmoblenorrea violenta e degenerata, oppure un' oftalmia vajolosa grave, altera fortemente, e con prontezza i vasellini componenti il tessuto della cornea, allora molta linfa penetra i suoi vasellini sierosi, ed anche molto sangue vi si fa vedere per entro a taluni di essi, e la cornea si fa conica, e si fa grossa, e fosca talchè ne risulta uno stafiloma assai compatto e biancastro, che nomino *aponevrotico*, o *albuminoso*.

Alterazioni della sclerotica.

§. 26. Se vogliansi ora considerare le alterazioni della sclerotica queste sono più rare ad incontrarsi, e dipendono o dall' oftamoblenorrea distesa fino ad attaccare la sclerotica, oppure dall'infiammazione portante un attività morbosa ne' vasi, che appartengono a questa membrana, e nominata *sclerotitide*.

Nodi vascolari da sclerotitide.

§. 27. Nel principio veggonsi d' ordinario due, o tre gruppi di vasi sanguigni, che sogliono essere grandi quanto un mezzo granello d' orzo rialzati sulla sclerotica, i quali sono formati da gran numero di vasellini sanguigni traspariscono sotto la congiuntiva, la quale vi passa sopra con tutti i suoi vasellini, e sono strettamente uniti alla sclerotica, io sono solito descriverli sotto il nome di *nodi vascolari* (vedi tav. VII. fig. 2). Questi nodi non producono d' ordinario, che un senso di asprezza ne' movimenti della sclerotica, o un dolore cupo, e profondo.

Stafilomi nerastri della sclerotica.

§. 28. Talvolta i nodi vascolari versano della linfa, che si corrompe, e dà luogo a degli ascessi, ed anche esulcerazioni sulla sclerotica; formatesi queste ulceri accade, che la coroidea si fa prominente in qualche luogo, esce oltre il livello della sclerotica e si formano due o tre stafilomi nerastri, che rappresentano piccioli grappoletti d' uva, e sono stati descritti dal Professore Beer sotto nome di stafilomi racemosi.

Alterazione della coroidea per la sclerotitide degenerata.

§. 29. Non è difficile, che in seguito alle ulceri, ed agli stafilomi della sclerotica venga a soffrire la coroidea, e qualche volta da ciò prende origine l' infiammazione assoluta de' vasi, che la compongono. In questo caso vedesi una infiammazione profonda, l' esterno dell' occhio è poco gonfio; ma la pupilla è alterata, o per dilatazione, o per restringimento, o per eccentricità, come nell' iritide, ed il fondo dell' occhio è di un nero cupo, e sparso

di tinte rosseggianti, e la sclerotica trasparisce di una tinta nera, e rosseggiante profonda; i dolori sono atrocissimi ai rami del quinto pajo, e se il male non cessa prontamente l' occhio diventa amaurotico, e veggonsi per entro alla sclerotica delle varici color blò sparse quà e là che indicano il difetto della coroidea, e della retina.

Ifemia, e cateratta spuria.

§. 30. Ora venendo ad esaminare le forme morbose, che si presentano nella camera anteriore è facile intendere, che all' infuori dell' ipopio descritto già più sopra, talvolta vi si versa del sangue, ed altre volte semplice linfa, la quale determina una stretta unione fra l' iride, e la membrana acquea della camera posteriore, e dà luogo alla cateratta spuria, mentre il sangue dà luogo all' ifemia (vedi lib. II. pag. 81.).

Iritide, ed ascessi dell' iride.

§. 31. Oltre a questi difetti nella camera anteriore in essa presentansi i fenomeni dell' iritide, e talvolta la superficie dell' iride diventa rossa perchè irrigata da moltissimo sangue (vedi tav. VIII. fig. 1.), altre volte si distende, e la pupilla si fa picciola, eccentrica, ed irregolare, altre fiate invece si dilata; ma ciò di rado ha luogo nell' infiammazione dell' iride spesso si formano dei dentelli sul contorno della pupilla, che si elevano (ved. tav. VI. fig 6.) e non di rado essi diventano veri ascessi, esce del pus, e questo si versa nella camera anteriore, e se il male progredisce, il pus vien separato anche nella camera posteriore, l' occhio si fa dolentissimo, l' infiammazione è violenta, la vista si offusca, e la cornea si spezza, o viene esulcerata.

Complicazioni consecutive all'iritide.

§. 32. Questi varj stadj dell' iritide accennati già nel libro II. pag. 80. e seguenti danno origine alla sinizesi con sinechia, alla cateratta spuria, e qualche volta disorganizzando la lente fanno sorgere la complicazione della sinizesi con cateratta spuria, e catteratta vera, ed anche la complicazione colla amaurosi organica nel quale ultimo caso l' arte nulla può giovare.

Infiammazione della cassula, e cateratta.

§. 33. Altre volte si estingue per così dire o cessa l' oftalmia alla superficie dell' occhio, e sviluppasi una cronica infiammazione interna, che altera la casula e la lente, e dà origine ad una cateratta, in cui la casula è tenace, e densa, e la lente è quasi distrutta come nella cateratta arido-siliquata; altre volte la lente si consuma, e cade nella camera anteriore. (vedi lib: III: pag. 48.)

§. 34. Una lenta infiammazione si propaga sovvente in questi casi fino al vitreo, e questo umore per lo più diventa verdastro, e fluido avendo luogo la fusione chiamata *linchisi*, l'iride acquista un movimento ondulatorio; e la retina suol conservarsi sana; altre volte poi il vitreo s'indura, le sue lamelle si fanno fosche, e solide, ed il fondo dell'occhio prende una tinta di acqua marina; in questo caso l'opacità del vitreo che diventa bianco-giallognolo dicesi *glaucoma*, e và congiunta al disordine della retina, quindi con amaurosi. Linchisi, e glaucoma consecutivo all'infiammazione.

§. 35. Ciò ha luogo allorchè l'infiammazione del vitreo è lenta, ma se fosse acuta, come nella jaloiditide acuta, allora si vedrebbe gonfiarsi enormemente l'occhio, e cangiarsi tutta la massa del vitreo in una carne rossa (Ved. Tav. IX. Fig. 4.). Ialoiditide acuta.

§. 36. Finalmente abbiamo esempi di vizio infiammatorio propagato alla retina, e questo può esser distinto in due qualità, infiammazione acuta, e cronica; l'acuta suole accompagnare o esser l'effetto della coroiditide, o dell'iritide principalmente ne' soggetti sifilitici, o artritici, ed in questi casi quasi sempre nel termine di due, o tre giorni rimane distrutta la sensibilità della retina, e ne viene perfetta amaurosi, negli altri casi il male procede con lentezza. Infiammazione acuta, e cronica della retina.

§. 37. Se la infiammazione della retina ha un corso lento, e cronico vedesi a poco a poco svilupparsi il tessuto nervoso di essa, e s'ingrossano contemporaneamente i vasi sanguigni che le appartengono talchè l'occhio perde la facoltà di vedere, si gonfia, e diventa dolente, e sensibilissimo, e si fa sporgente a poco a poco una massa nervosa che esce fuori della cornea e che è piena di varici, e costituisce la grave malattia nominata dai moderni *fungo sanguigno* ossia fungo ematodes (Ved. Tav. IX. Fig. 2 e 3.). Fungo ematodes consecutivo all'infiammazione cronica.

§. 38. Se la retinitide ha un corso acuto e rapido, i dolori e l'ingrossamento de' vasi spettanti a quest'organo estinguono la squisita sensibilità, e ne risulta una amaurosi organica accompagnata da varici, e tinta nerastra visibile attraverso alla sclerotica. Essa accompagnata viene da ascessi sviluppatisi nel tessuto dell'iride, che rendono irregolare la pupilla, e formano delle ragadi su questa membrana, le quali poi suppurano dando principio ad un picciolo ipopio che poteva facilmente curarsi co' mezzi opportuni, ma Infiammazione acuta della retina.

spesso la conseguenza è stata una cateratta spuria con sinizesi (vedi lib: 11 pag. 87. e storia I. pag. 231.), quando poi l'ipopio è profondo determina o la formazione di una cateratta vera perchè altera i vasi del corpo cigliare, oppure l'atrofia della lente e dà origine alla infiammazione della casula, e della jaloidea.

Infiammazione della jaloidea.

§. 39. In caso d'infiammazione del tessuto celluloso dell'umor vitreo i vasellini sierosi, che lo compongono si dilatano vi concorre molto sangue e l'umor vitreo s'ingrossa, l'occhio si gonfia e diventa come un pezzo di carne opaca, e rossa. Questa grave alterazione dà origine qualche volta al carcinoma dell'occhio se vi sieno disposizioni a questo malore nel soggetto, in caso contrario porta dolori gravissimi sulla retina e sui nervi cigliari, e terminato il corso infiammatorio che suol durare da quaranta giorni fino a sei mesi vuotansi i vasellini sierosi, e l'occhio ch'era enormemente disteso diventa atrofico.

Infiammazione del vitreo cagionata da ipopio

§. 40. Questa jaloiditide suole essere conseguenza d'ipopio profondo, il quale molte volte ha origine da oftalmoblenorrea sifilitica, e non di rado da operazioni di ecraxis, o di coropeja male eseguite, o mal curate, sicchè non potendosi cicatrizzare i lembi della ferita ha principio una suppurazione fra questi, la quale si propaga al tessuto del vitreo, oppure per causa di contusione dell'iride si sviluppa un'iritide traumatica, la quale porta marcimento dell'iride, e quindi l'ipopio, e la jaloiditide.

Sinizesi, e cateratte da ipopio.

§. 41. Qualche volta tanto l'ipopio, come l'iritide distendendo gli effetti morbosi alle vicine parti possono determinare lo sviluppo di una sinizesi, di una cateratta vera, o di una spuria, o producono la retinitide, o una coroiditide, e queste alterazioni presentano allora i sintomi descritti più sopra §. 36. pag. 37.

CAPO III.

Delle cause predisponenti all' oftalmia.

§. 1. L' occhio si predispone all' oftalmia, quando cagioni morbose determinano molto sangue ne' suoi tessuti, e ve lo mantengano a lungo, in guisa da determinare quel permanente concorso di sangue, che costituisce propriamente l' oftalmia; imperocchè essa altro non è sennon un concorso permanente di sangue entro le membrane dell' occhio, e noi ben sappiamo, che qualunque locale alterazione si avvicini alla forma dello stato morboso di un' organo serve a predisporlo alla malattia. Predisposizione all' oftalmia.

§. 2. Perciò la viva luce determinando nella maggior parte degli uomini molto sangue agli occhi, e facendo diventar rossa la congiuntiva potrà predisporre all' oftalmia, e poichè il medesimo effetto si osserva, quando l' uomo è spesso tormentato dalla sabbia silicea la quale si eleva ne' tempi aridi per causa del vento, ne viene da ciò che gli uomini, i quali si troveranno sottoposti all' impressione della luce viva ed alla molestia recata dalle sabbie trasportate dal vento si troveranno predisposti all' oftalmia, come anche lo saranno coloro, i quali vivranno famigliarmente con persone affette da contaggiosa oftalmia. La viva luce e la polvere irritano gli occhi.

§. 3. Ognuno sa che ne' trasporti di collera la faccia diventa rossa, e contemporaneamente gli occhi e che questo fenomeno, il quale è momentaneo nelle persone di buona salute diventa più durevole e penoso negli atrabilari, ed in coloro ne' quali la digestione si fa lentamente, poichè bene spesso nelle ore della digestione questi hanno la testa calda, e la faccia, e gli occhi rossi, fenomeno, che si nota frequentemente anche negl' uomini emoroidarii, e nelle donne isteriche stantechè la circolazione poco libera nel sistema venoso del basso ventre determina un concorso irregolare di sangue al capo portando impedimento allo scaricarsi delle vene jugulari. L' arrossimento della faccia per causa di collera, o di lenta digestione, o d' isterismo predispone.

§. 4. Ecco perchè vediamo l' oftalmia svilupparsi, e portare gravi recidive ne' collerici, e nelle isteriche, in queste verso l' epoca Così aumenta oppur comincia l' oftalmia.

della loro mestruazione, ed in coloro dopo qualche accesso di collera, ed allora in consimili persone veggonsi inasprire le oftalmie, ch' erano incominciate; o veggonsi le recidive.

Predisposizione de' militari.

§. 5. Se i militari dopo gli esercizj in luoghi dominati da viva luce, e dall' aria carica di sabbia irritante gli occhi veggonsi attaccati da oftalmia, lo stesso notasi pe' fabbri, pe' ferrai, pe' vetraj, ed altre persone addette ai forni.

L'umidità porta i medesimi effetti, che il calore e le polveri.

§. 6. Ma in natura osserviamo, che delle cagioni interamente opposte determinano talora i medesimi effetti, e così addiviene, che l' umidità porti delle frequenti oftalmie, le quali si manifestano ostinatamente fra coloro, che abitano i luoghi bassi, o le cantine, ed altresì fra coloro, che si alloggiano sotto ai tetti delle nostre case. Si trovano costoro fra i vapori d' un aria umida, ed hanno le oftalmie, come in Inghilterra venne osservato dal D.r Ghibson dominare fra coloro, che lavorando il cottone sono obbligati a soggiornare lungamente in certe stanze calde, ed umide perchè lavorano in luoghi dove si fanno evaporare grandi caldaje d' acqua, e le stanze veggonsi tutte costantemente ingombrate da vapori acquosi; talchè in questi casi l' umidità e la scarsa luce producono quei mali, che in altri casi sono effetto di viva luce, e siccità.

Effetto de' vapori acquosi sull' occhio.

§. 7. Io credo, che ciò derivi dal perchè i vapori acquosi in questo caso ammolliscano la congiuntiva, e rilasciandosi la superficie del suo tessuto ed i vasi sierosi de' quali è essa composta abbia luogo un afflusso irregolare di sangue il quale suole essere un principio di oftalmia, e che inoltre l' umidità alterando il sistema cutaneo nelle sue funzioni porti un' alterazione anche negli organi digerenti, e predisponga per questo doppio disordine la macchina umana ai reumi ed ai catarri.

Uomini robusti meno sottoposti a questa influenza.

§. 8. Oguno avrà osservato, che coloro i quali abitano luoghi umidi vanno soggetti a tardità nella digestione, a catarri, a reumi, infermità proprie della macchina indebolita per l' età, e questi abitanti sembrano perciò vecchi in una età molto fresca, perchè appunto i vecchi sono spesso tormentati da questi malori, mentre gli uomini giovani, e robusti possono disprezzare le cause catarrali perchè in essi le funzioni della traspirazione e del sudore con tutta prontezza si equilibrano; infatti abbiamo veduto dei

giovani russi sani, e robusti passare impunemente da un bagno a vapore caldo a 26 : gradi di Reaumur , ad un bagno di acqua fredda ad otto gradi senza verun danno.

Effetti che si osservano in coloro, i quali patiscono tali affezioni.

§. 9. Le citate cagioni alteranti la congiuntiva predispongono l' occhio , ed il soggiorno poi fatto ne' luoghi umidi predispone la macchina a risentire più le cause reumatiche , poichè questi infelici abitatori de' luoghi umidi, o dopo una passeggiata , o dopo aver portato un barile di vino , per esempio , ponendosi a mangiare , o a dormire in luoghi umidi si abbandonano all' impressione di cause catarrali , e reumatiche , e contraggono facilmente un catarro che si determina sulla congiuntiva ormai indebolita dall' impressione de' vapori.

Il contaggio blenorroico predispone.

§. 10. Nè si potrà dimenticare di annoverare fra le cause predisponenti altresì il contagio blenorroico osservato avendo , che coloro i quali vivono cogli oftalmici , oppure quelli che sono affetti da blenorragia venerea alle parti genitali presentano quasi sempre una viziatura alle ghiandole meibomiane , e facilmente vanno soggetti a grave oftalmoblenorrea.

Il pianto predispone.

§. 11. Così dopo il pianto vediamo svilupparsi le gravi oftalmie principalmente fra coloro , che sono stati soggetti ad impressioni reumatiche, oppure a qualche contagio.

Predisposizione congenita.

§. 12. In taluni soggetti poi sembra dimostrato esistere una predisposizione congenita perchè vediamo la maggior parte de' figli venire attaccati dalle stesse specie di oftalmie di cui avevano sofferto i padri , e svilupparsi queste alla medesima età , anche senza cagioni manifeste , chi è sottoposto al flusso palpebrale , chi alla blenorrea del sacco, altri alla cateratta , o all' amaurosi, ed alla medesima età d' ordinario ha luogo lo sviluppo del male.

CAPO IV.

Intorno alle cause prossime dell' oftalmia.

Delle cause prossime.

§. 1. Per cagioni prossime dell' oftalmia intendono i medici quelle che nella maggior parte degl' individui determinano un pronto sviluppo dell' oftalmia ; esse agiscono più gravemente sopra coloro i quali già si trovano predisposti.

Quattro specie.

§. 2. Per quanto ho finora osservato queste cause possono ridursi a quattro specie cioè zavorrali , reumatiche, traumatiche, e contaggiose.

Individui, che resistono al contaggio.

§. 3. Quantunque vediamo negli ospedali , e nelle famiglie dominate da oftalmia , che taluni individui possono impunemente assistere , e trovarsi a contatto degli oftalmici senza danno , pure col tempo la maggior parte di costoro contraggono una specie di predisposizione all' oftalmia , ed allora ne sono ben presto danneggiati , e sappiamo , che se vengano attaccati gravemente , la materia blenorroica separata nello stadio acuto , e grave portata entro le palpebre sviluppa la oftalmoblenorrea in quasi tutti gli individui.

L'oftalmia traumatica senza predisposizione.

§. 4. Per lo contrario le cagioni traumatiche possono sviluppare una pronta oftalmia senza veruna predisposizione anteriore ; ma sempre i loro effetti saranno più gravi in chi sia mal' affetto per discrasie o per qualche male contaggioso, che abbia viziato l' individuo.

Oftalmia traumatica, e reumatica.

§. 5. Le oftalmie traumatiche avendo un carattere particolare debbono descriversi a parte ; ma bene spesso la causa prossima dell' oftalmia è reumatica semplice, allora l' alterazione del sistema dermico portata dall' impressione , ch' esercita l' aria fredda , ed umida sulla cute determina l' oftalmia.

Come le cause reumatiche portino l'oftalmia.

§. 6. È noto anche al volgo , che allorquando la nostra macchina si trova in traspirazione se venga colpita da correnti d' aria fresca , ed umida , la traspirazione si arresta , ed il sistema circolatorio ne viene in tal guisa alterato , che si sviluppa o una febbre , o un processo infiammatorio proporzionato alle predispo-

sizioni le quali abbiano agito quando più e quando meno sull' individuo; e nelle varie sue parti.

Sviluppo de morbi conforme alle predisposizioni.

§. 7. Così si sviluppano le febbri intermittenti in coloro, che vi sono predisposti, o anche le pestilenziali. Negli uomini robusti un' abbondante secrezione, o di sudore o di urine, o di muco nasale basta a rimettere l' equilibrio; ne' deboli, e malsani talvolta s' infiamma il polmone, altre fiate le intestina, e ne' sifilitici, o artritici hanno luogo i dolori, ne' podagrosi gli attacchi di questo morbo, ed in coloro, i quali si trovavano predisposti all' oftalmia, o per causa dell' impressione della viva luce, o della sabbia portata dai venti, o per l' impressione del vapor contaggioso, o del contaggio inoculatosi ne' casi di oftalmoblenorrea frequente, o di blenorragia uretrale vedesi l' oftalmia.

Influenza dell' aria fresca in certe condizioni della macchina.

§. 8. È altresì noto che l' impressione dell' aria umida riesce più dannosa quando cade sull' uomo, che dorme, o su colui che mangia, o che lavora con attenzione perchè allora la forza nervosa riconcentrandosi nell' interno sembra abbandonare il sistema dermico, e non reagisce, come allorquando l' uomo cammina, e mantiene attivo il sistema muscolare, o forse perchè in queste condizioni sviluppasi un leggiero madore, il quale può facilmente venir respinto dall' impressione dell' aria fresca; ed umida.

Come si debba prevenire l'oftalmia dove domina.

§. 9. Riprendo questo argomento perchè serve a spiegare l' influenza delle abitazioni umide, e mal riparate sullo sviluppo delle oftalmie, e sarà necessario rimediare a questo disordine qualunque volta si vegga dominar l' oftalmoblenorrea in una casa, o in un quartiere di militari.

Danno delle abitazioni umide.

§. 10. Appunto perchè la casa è il luogo delle nostre applicazioni, è il luogo dove si mangia e si dorme se vi dominasse l' umidità sarebbe facile, che da quella traesse origine il male, perchè nel sonno, e quando si stà mangiando l' umidità arreca un maggior danno al corpo nostro.

Perchè le truppe ne' campi e nelle caserme vadano soggette all' oftalmia.

§. 11. Così le truppe, che si trovano accampate ne' luoghi di aria umida, o colle tende, o senza tende vanno a pericolo di questo contaggio, perchè i militari esercizj nel giorno mantengono gli uomini sotto l' impressione del sole, e della sabbia, e fan che si mettano tutti in sudore, e poi la notte abbandonati al riposo,

e dominati dall'aria fresca, ed umida tosto sono presi dall'oftalmia, quando altre cagioni non determinassero, o pulmoniti o febbri, o diarree; e se anche alloggiano in buone caserme, quando i soldati si spogliano subito arrivati e si mettano a giacere sotto le forti correnti dell'aria umida facilmente vengono attaccati dall' oftalmia.

Regolam. osservati dalle truppe austriache.

§. 12. Per questo motivo nelle truppe Austriache che dimoravano in questo regno vi era ordine che gli officiali invigilassero onde i soldati non si spogliassero appena giunti in quartiere, nè dormissero colle fenestre aperte.

I nostri militari contraevano gravi oftalmie essendo di guardia alla villa, o in altri luoghi umidi

§. 13. A proposito di ciò io mi ricordo ch' esaminando i militari quando entravano colle gravi oftalmie nel deposito generale, molte volte ho verificato, che il giorno innanzi stavano bene, e ch' essendo stati di guardia alla villa Reale in qualche giornata di tempo umido s' erano addormentati verso la sera stanchi, e sudati colle fenestre aperte, o mal chiuse, e così s' erano alzati la mattina con grave oftalmoblenorrea.

Umidità che determinava oftalmia ne' granatieri.

§. 14. Nell' anno 1818 i granatieri reali della Guardia mi presentarono un gran numero di oftalmici, e da un solo reggimento ne vidi venire al sudetto deposito fino a 25: per giorno, talchè datone avviso ai Generali, io dissi loro, che sicuramente vi dovea essere qualche insolita causa di umidità nel quartiere, e si trovarono screpolati i tetti, e penetrata la pioggia nel luogo appunto dove si alloggiava quel reggimento, talchè postovi riparo cessò ben presto l' oftalmia ne' soldati.

Oftalmoblenorrea diminuitasi nel Reclusorio, dopo le riparazioni fattevi.

§. 15. Similmente abbiamo veduto diminuire l'oftalmia, e dissiparsi quasi interamente nel reclusorio de' poveri dopo che il Cav. Sancio Sopraintendente Gener. ottenne da *S. M.* di coprire con un' altro piano, e con tegole il locale ch' era stato incominciato sotto Carlo III. di Gloriosa memoria, ma che per non essere terminato altro non faceva sennon conservare, e raccogliere tutta l' umidità proveniente dal mare situato essendo in un luogo umido, ed avendo tutte le fenestre poste almeno all' altezza di sei piedi dal suolo in qualunque stanza, talchè l' aria umida penetrata una volta in quel grande edificio scendendo nelle parti più basse delle sale non trovava la via di uscirne, e similmente l' umidità penetrata ne' giorni piovosi attraverso ai tetti scendeva facilmente nel-

l' interno delle stanze, e de' dormitorj in guisa che i giovanetti, i quali dopo esercizj ginnastici addattati alla lor condizione venivano in quelle sale a riposarsi, e a dormire erano attaccati da malattie catarrali, e reumatiche ostinatissime, e principalmente lo erano dall' oftalmoblenorrea.

§. 16. Il male era così proporzionato al grado di umidità delle sale che ho contato 75 oftalmici sopra cento giovani in quelle ch' erano dalla parte della marina, 34 per ogni cento ne ho contato in quelle sale, che riguardano la parte opposta, e soltanto 25 per cento circa nelle sale poste al centro che sono le più riparate dall' umidità; l' allontanamento de' gravi dagli altri, i ventilatori ed altre molte aperture fattesi nella parte più bassa delle stanze, e la cura di ricoprire il locale con un piano matto superiore, e con buoni tetti inclinati coperti di tegole, ha fatto quasi direi dissiparsi quella fatale oftalmia, che tanto affliggeva i giovanetti nel ricovero; ma taluni mi opponevano, che se il male fosse stato dipendente dall' umidità del locale avrebbe dovuto essere commune anche nel braccio di fabbrica abitato dalle donne, come in quello destinato pei giovanetti, e ciò non vedeasi affatto, sennonchè avendo esaminato con diligenza questi abitanti ho conosciuto, che i giovanetti uscivano pei lavori, e si esponevano di sovvente alla viva luce, ed all' impressione del vento carico di sabbia facendo anche esercizj violenti secondo portava la loro età, ed i loro impieghi, e così venendo poi a dormire in quell' aria umida provavano attachi di malattie catarrali, e di gravissime oftalmoblenorree, a che concorreva fors' anche un contagio portato fra loro dai veterani, quando questi venivano impiegati come istruttori de' militari esercizj, poichè spesso portavano negli occhi oftalmie croniche recidive contratte nel servizio attivo.

Proporzione del male coll' umidità delle stanze.

§. 17. Io credo che siffatte condizioni, e fors' anche un vapor contaggioso, e qualche attacco di gonerrea uretrale non infrequente fra questi giovanetti contribuir dovesse allo sviluppo dell' oftalmoblenorrea nelle loro sale, mentre per lo contrario le donne essendo tenute molto rinchiuse, e vivendosi con poco esercizio, nè comunicando affatto con militari, non soffrivano oftalmie; ma bensì soffrivano quelle infermità le quali sogliono essere cagionate dalla

Condizioni, che sviluppano l' oftalmia ne' giovanetti, ed altri malori nelle donne.

vita sedentaria, e dalla impressione di un atmosfera umida; poichè si vedevano molte scrofole, molte rachiti, e leucoflegmasie frequentissime, ai quali malori si è posto qualche freno col ricoprire l' edifizio, e col farle uscire conducendole a diporto in luoghi di buon aria.

CAPO V.

Condizioni specifiche, le quali rendono più gravi le oftalmie, sottopongono l'uomo alle recidive, e determinano varie forme del male.

Influenza delle condizioni specifiche ed alterazioni microscopiche.

§. 1. Io sono persuaso, che non di rado le condizioni specifiche ossia i veleni, o come dicevano i nostri maestri le discrasie, preparino gli organi alle malattie sviluppando in essi anche nello stato di apparente sanità una forma morbosa invisibile agli occhi del volgo, e che io chiamo oftalmia microscopica, questa predispone l'organo alle infermità particolari, poichè ogni qualvolta un organo è predisposto al male l'impressione reumatica porta in esso quel disordine, che dà principio alla malattia.

Quelli, che si stimano sani sono predisposti al male.

§. 2. In fatti osservando con attenzione i soldati ne' reggimenti ne' quali correva l' oftalmia contaggiosa, che noi chiamiamo oftalmoblenorrea ho veduto, che anche coloro, i quali si credevano perfettamente sani avevano i margini delle palpebre ingrossati e carichi di sangue, e si destavano la mattina cogli occhi cisposi, quantunque pel loro naturale vigore potessero resistere all' impressione lenta del contaggio, e passassero mesi ed anni nel reggimento senza essere mai attaccati dall' oftalmoblenorrea grave.

Coloro, che sono affetti da blenorragia soffrono anche agli occhi.

§. 3. Similmente ho notato più fiate, che coloro, i quali vanno attaccati da blenorragia alle parti genitali e più gli uomini che le femmine, forse per l'estensione, e solidità delle parti viziate, presentano ne' primi tempi dello stato venereo un' alterazione di molte membrane mucose, e sovvente si mostrano affetti da coriza, e da qualche alterazione del margine palpebrale, talchè senza sviluppo di oftalmia non di rado si osservano in essi ingrossati e rossi

i vasi delle palpebre, e vedesi una secrezione accresciuta con picciolo ingrossamento delle ghiandole meibomiane.

§. 4. Similmente ho notato, che negli uomini attaccati, o da sifilide, o da idrargirosi per causa di un veleno venereo degenerato, oppure per causa di una cattiva amministrazione del mercurio l' iride soffre, e questi sovvente divengono intolleranti della luce non solo, ma costantemente presentano il fenomeno di una pupilla eccentrica; (vedi Tav. X. fig. 1 e 3.) locchè anzi mi ha servito a riconoscere la sifilide, e curarla in persone, le quali si stimavano immuni da questo veleno, e se ben si osservano le persone affette dall' artritide si riconosce qualche alterazione all' iride, quasi in tutti i casi, poichè sogliono avere la pupilla molto picciola, e ristretta, quantunque godano buona vista, ed un apparente sanità.

Picciole alterazioni de' sifilitici, idrargirici, ed artritici.

§. 5. Così ne' fanciulli pingui, e disposti alle scrofole notiamo spesso, che la congiuntiva è irrorata da molto sangue, che facilmente mandano lagrime e che l' interno delle palpebre non è ingrossato, nè le meibomiane sono alterate; ma la congiuntiva palpebrale mostrasi levigatissima, e rossa, come suole accadere nell' oftalmia scrofolosa.

Fanciulli scrofolosi predisposti.

§. 6. Dopo queste osservazioni, che sono innegabili, ognuno intende, che se un' uomo venereo si troverà esposto alle cause prossime dell' oftalmia, facilmente si svilupperà l' oftalmoblenorrea, se un sifilitico, oppure un individuo attaccato da idrargirosi si troverà sotto l' influenza delle stesse cause morbose si svilupperà a preferenza l' iritide, come anche in qualunque artritico oppure se verrà egli attaccato da oftalmoblenorrea questo morbo potrà facilmente degenerare in un' iritide.

Vario sviluppo delle oftalmie proporzionato alle condizioni specifiche ne' sifilitici, ed idrargirici.

§. 7. Invece ne' fanciulli scrofolosi l' oftalmia altera la sola congiuntiva oculare, e degenera passando sulla vicina cornea più facilmente che sulle palpebre, o sul sacco lagrimale e costituisce l' oftalmia scrofolosa.

Così ne' scrofolosi.

§. 8. Così và la cosa ne' scrofolosi, o inclinati alle scrofole, ma in coloro, i quali abbiano sofferto un vizio del sistema dermico siccome in caso di eruzioni morbillose pare, che il male venga attirato dalle parti interne alle esterne, e cutanee, talchè

Oftalmie dopo gli esantemi.

è facile osservare, che se incomincia una oftalmia della congiuntiva oculare questa passa ad attaccare le parti più esterne, ed alterando il margine palpebrale porta l' oftalmoblenorrea, o passando al sacco lagrimale produce la fistola.

Oftalmia vajolosa grave.

§. 9. Allorchè l' oftalmia sviluppasi in un individuo attaccato da vajuolo siccome questo esantema attacca profondamente la cute, così anche le parti più profonde dell' occhio ne vengono affette, e vediamo la corneitide grave, o l'iritide accompagnata da vizio del sistema nervoso, che è il più profondo.

I contaggi rendono più grave l' oftalmia.

§. 10. Ma se in qualunque caso d'infermità le condizioni morbose determinano uno sviluppo assai grave, ed un grado assai pericoloso, così anche in caso di oftalmia il morbo prende un carattere più grave, e la guarigione si ottiene molto difficilmente, e rimane sempre qualche traccia del male passato; se l'individuo avea sofferto qualche contaggio o venereo, o vajoloso, o psorico.

Le predisposizioni si sviluppano sotto l'azione di cause reumatiche.

§. 11. Qualunque medico osservatore sarà subito convinto di quanto ho detto poichè questo è conforme alla commune esperienza, ed anche le volgari persone avranno osservato, che se mettiamo quattro persone in un teatro per esempio mal custodito, tre delle quali abbiano delle cattive disposizioni, e che abbiano prima fatto un esercizio di corpo tale da promuovere la traspirazione, o il sudore; quando si alzerà il telone venendo esse colpite tutte egualmente da una corrente d' aria fredda risentono un impressione molesta; ma il sano non ne riceve danno, colui che avesse sofferto oftalmia sente bruciore agli occhi, e comincia a lagrimare, colui che và sottoposto a corize incomincia a sternutare, ed ha bisogno del mozzichino, e colui che avesse sofferto al polmone subito incomincia ad essere tormentato dalle tosse. Questo quadro vale a dimostrare, come le condizioni specifiche influiscano a sviluppare le varie specie di morbi.

La maggior pruova si deduce dall'utilità di cure interne.

§. 12. Serve poi di controprova il vedere, che se le cure opportune abbiano neutralizzato i veleni, ossia tolte le condizioni specifiche, il male può facilmente guarire mediante i locali ajuti, e quando l'uomo si tenga allontanato dalle impressioni delle cause morbose potrà egli ottenere la perfetta guarigione, e l'allontanamento o accidentale, o razionale delle cause morbose, e le cure

interne portano l' uomo verso lo stato di sanità, nel quale bastano spesso le forze della natura a guarire l' oftalmia, ed anche a resistere al danno de' rimedj male addattati anzi dannosi.

§. 13. Allorchè i medici hanno osservato per via di rimedj interni delle guarigioni, o perfette o imperfette e che le hanno ottenute dopo aver fatto abbandonare i collirii emollienti e dannosi formano facilmente una massima generale, che tutti i mali degli occhi si debbano curare coi soli rimedj interni, e similmente le persone del volgo, le quali veggono guarire talvolta le oftalmie senza nessuna cura locale hanno sparsa l' opinione, che i mali degli occhi debbansi curare col gomito.

Guarigioni, che portano in errore i medici, e molte volte anche il volgo.

§. 14. Questa opinione però ha origine da due principj, cioè dacchè molti medici de' passati tempi non sapevano curare le oftalmie, e come usavano i vapori, e le bagnature mollitive si è notato dal volgo, che quanto più gli uomini sottoponevansi esattamente a queste prescrizioni peggio riusciva la cosa, l' altro principio è quello, che dove si chiamavano molti medici, ciò era indizio di oftalmia grave, e quindi l' esito poteva riuscire spesso infelice; e perciò si guarivano meglio coloro, che non chiamavan medici perchè il male era leggiero, o perchè non usavano le medecine dannose, le quali erano ordinariamente prescritte anche dai più dotti.

Danno de' rimedj locali più usitati, e guarigioni spontanee ne' casi di oftalmia semplice.

CAPO VI.

Intorno allo stato morboso ne' casi di oftalmia ed all' indicazione curativa, che si può dedurre da esso.

§. 1. Ho di già accennato che nella maggior parte delle oftalmie quantunque l' occhio sembri viziato profondamente, il male ha sede nella congiuntiva, e si estende tutto al più alle ghiandole di meibomio, in guisacchè se l' uomo venisse a morire e che si esaminasse l' occhio si troverebbe tutto sano fuorchè la congiuntiva, e le ghiandole meibomiane.

Nelle oftalmie la sola congiuntiva è d'ordinario affetta.

L' alterazione di altre parti dà manifesti segni.

§. 2. Ho fatto cenno anche più sopra di questo stato normale dell' occhio ad eccezione di dette parti, e me ne sono convinto dal vedere, che la cornea come anche gli umori dell' occhio non sono punto offuscati sul cominciare dell' oftalmia, anzi talvolta essa perdura settimane, e mesi senza vizio di queste parti, e di più ho notato che nell' oftalmie esterne non vi sono dolori, nè cupi nel globo dell' occhio, nè lancinanti ne' suoi contorni, e che subito insorgono quando ha luogo, o la sclerotitide, o l' iritide, o l' infiammazione delle altre parti dell' occhio ricche di nervi.

Devesi determinare qual sede occupi il sangue che mostrasi nella congiuntiva.

§. 3. Resta ora ad esaminare se quel sangue, il quale si mostra nella congiuntiva, o che invade il tessuto delle ghiandole mucciose, e fa separare da esse la materia puriforme copiosa, sia un sangue estravasato entro le cellette della congiuntiva oppure sia un sangue vivo, e sano il quale abbia penetrato entro i vasi sierosi, e circoli in quelli come circolerebbe entro le arterie nelle parti sane.

È conosciuto che il sangue penetra i vasi sanguigni e sierosi in un modo irregolare.

§. 4. Oggi giorno questa discussione sarebbe inutile poichè tutte le teorie e gli esperimenti fatti, incominciando da Boerave, concorrono a provare, che nello stato infiammatorio di qualsivoglia organo il sangue non si versa entro i tessuti cellulosi; ma và a circolare in una quantità irregolare, entro i vasellini sierosi, e nei sanguigni.

Nell'infiammazione il sangue penetra i vasi sierosi come quando irritiamo l'occhio.

§. 5. Così vediamo in qualunque caso d' infiammazione alla congiuntiva il globo sanguigno penetrare entro i vasi sierosi, e circolare in quelli; accade allora ciò che osserviamo se irritiamo un' occhio vivente strofinando le palpebre, la congiuntiva si fa rossa, e molti de' suoi vasellini, i quali prima non si mostravano perchè diafani, si fanno visibili perchè sono ingrossati, ed ammettono il globo sanguigno entro il loro calibro; lo stesso osserviamo, se ponendo sotto al microscopio il mesenterio di una rana vivente vi portiamo sopra un' azione traumatica pungendolo, o irritandolo, allora questo si fa rosso, e vediamo il globo sanguigno circolare abbondantemente entro i vasellini sierosi ne' quali prima non altro penetrava, che i piccioli globetti sierosi, i quali sono trasparenti, e scoloriti.

Se il sangue fosse versato si altererebbe e non circolerebbe come in vasi tondeggianti.

§. 6. Se per avventura si volesse supporre, che il sangue il quale si mostra nella congiuntiva in caso d' infiammazione, o nella cornea ne' casi di panno fosse uscito fuori da vasellini, e versato nelle cellule di questi tessuti ne verrebbe, che questo non pren-

derebbe l' aspetto tondeggiante, e tortuoso proprio de' vasellini, e che perderebbe presto la sua naturale vitalità, e dovrebbe uscire, e vuotarsi non già per una graduata repristinazione delle parti; ma perchè degenerando si farebbe strada, e produrebbe suppurazioni.

La congiuntiva non si altera, ed il microscopio dimostra, che il sangue è contenuto ne' vasi.

§. 7. Noi vediamo, che la congiuntiva arrossita si mantiene nel medesimo stato per molti giorni, ed anche mesi senza punto cangiar colore, nè degenerare, e se poi la parte viziata si esamini con ottimo miscroscopio, essa si riconosce tutta formata da un tessuto di vasellini, quali son tutti pieni di sangue, e se chiamiamo a nostro soccorso l' anatomia vediamo, che le fine iniezioni ci appalesano essere la congiuntiva tutta formata da un tessuto di vasellini sierosi innumerabili, i quali sono invisibili quando ammettono la semplice linfa, ma poi si rendono manifesti al microscopio subitochè vengano riempiti artificialmente nel cadavere da una tenuissima colla tinta di color rosso, o quando nel vivo sieno iniettati dal sangue.

Alterazione portata dal sangue ne' vasellini delle meibomiane.

§. 8. Così dicasi de' vasellini, i quali in gran copia irrigano il tessuto de' follicoli meibomiani, questi diventano rossi subitochè il globo sanguigno penetra nel loro tessuto e circola entro ai vasi sierosi, e contemporaneamente si aumenta la loro secrezione, come pur quella della congiuntiva, e molto siero trapelando dalle pareti de' suoi vasellini ingrossati esce fuori, e rende gli occhi umidi, e lagrimosi.

Ne' casi di panno alla cornea il sangue vedesi ne' vasi sierosi.

§. 9. Lo stesso più evidentemente si può riconoscere ne' casi di panno della cornea, questa membrana resiste lungamente all' oftalmia, senza alterarsi poichè è formata da sottili, e robusti vasellini sierosi dimostrati anche dall' anatomia; ma finalmente dopo replicate oftalmie questi vasellini da' quali è interamente composta cedono, e si dilatano formando un tessuto retiforme dal quale viene versata una linfa biancastra entro la cornea, che concorre a rendere fosco il panno.

Indicazione curativa dedotta dai citati principj.

§. 10. Queste osservazioni sulla vera sede, e natura dell' oftalmia, e del panno servono a determinare quale sia l' indicazione curativa da tenersi in tutti i casi di oftalmia, e di panno; e le molte sperienze (Vedi lib. II. pag. 34. e lib. III. pagina 26.) di cui ho parlato ne' libri precendenti dimostrano, che non bi-

sogna ammollire la congiuntiva, nè distenderne i vasellini con vapori, o bagnature debilitanti, ma che anzi sarà utilissimo consiglio respingere entro ai vasi maggiori il sangue penetrato ne' sierosi portandovi qualche addattato stimolo, corroborando, e restringendo le loro pareti; e poichè un gran numero di esperimenti felici concorre a dimostrare questa opinione servono essi a convincere i più dubbiosi.

Perchè il laudano e la pomata riescano di evidente utilità.

§. 11. L' effetto, che produce il laudano concentrato sulla cute delle nostre mani, la resistenza alle oftalmie osservata in molti casi di recidiva sopravenuta a coloro che aveano fatto lungo uso del laudano, ed il mirabile giovamento portato dalla pomata del janin in tutti i casi di flusso palpebrale puriforme o di oftalmoblenorrea cronica tendono a provare che questi due rimedj saranno di grande efficacia nella cura delle oftalmie, stantechè l' alterazione dell' organo della vista non è tanto profonda come la nostra immaginazione ci porterebbe a credere, ma è superficiale, e leggiera; e ciò dimostra che l' oftalmoblenorrea non può quasi mai curarsi radicalmente sennon quando l' uomo sopporti l' applicazione della pomata del janin che serve a guarire le ghiandole meibomiane dopo aver ristabilita la congiuntiva mediante il laudano.

Pruova contro l' uso degli ammollienti.

§. 12. Queste osservazioni sulla natura dell' oftalmia, e sull' utilità de' due migliori medicamenti locali ch' io conosca dimostrano perchè le applicazioni debilitanti, e mollitive debbano accrescere anzicchè moderare l' oftalmia.

La congiuntiva si restringe dopo l' uso del laudano e resiste alle cause morbose.

§. 13. Dopo avere usato a lungo l' applicazione del laudano sulla congiuntiva ne' militari affetti da oftalmoblenorrea ho notato, che se si esponevano essi di bel nuovo all' azione delle cause morbose difficilmente riproducevasi l' oftalmoblenorrea, e se qualche oftalmia grave si sviluppava, questa non era molto violenta, nè alterava la congiuntiva esterna, ma piuttosto determinava lo sviluppo di una oftalmia interna alterando o l' iride, o la coroidea; mentre la congiuntiva opponeva una troppo valida resistenza alle cause morbose.

Casi in cui il laudano è dannoso.

§. 14. Similmente ho notato, che se l' iritide si distende al di fuori produce un ingrossamento della congiuntiva, allora viene a calmarsi, e cede; ma se nell' infiammazione si faccia uso frequente, e pronto del laudano, l' oftalmia esteriore cessa, e contempora-

neamente si accresce l' iritide, talchè in questi casi il nostro sovrano rimedio si deve proscrivere.

§. 15. Ho anche notato, che in qualche soggetto molto sensibile in cui la pupilla era contratta, e l' iride pareva disposta ad infiammarsi, se si applicava la pomata del janin l' oftalmia esterna cessava, e contemporaneamente l' uomo sentiva gl' indizii di molestia nell' iride, e vedeva delle macchie nerastre per l' aria segno di vizio al sistema nervoso dell' occhio.

La pomata di janin determina l' oftalmia interna restringendo la congiuntiva.

§. 16. Se strofinate col laudano concentrato (*a*) la cute di una mano umettata di sudore potrete notare, che subito la mano diventa fresca nel luogo bagnato dal medicamento, la cute si fa arida, e levigata perchè i pori si chiudono, e sembra più densa e più difficile ad aprirsi al sudore, or questo medesimo effetto astrigente portato sulla congiuntiva deve essere utilissimo nell' oftalmia, e nell' oftalmoblenorrea.

Effetto del laudano sulla cute in sudore.

§. 17. Se applicate il laudano ad un occhio in istato di oftalmia sia questa nel grado più semplice, o nello stato blenorroico purchè l' oftalmia non sia traumatica, oppure non si trovi in uno stato di grave acuzie osserverete, che nel momento il laudano porta dolore, e rossore alla congiuntiva e fa sgorgare dall' occhio lagrime, e linfa; ma dopo essa diventa meno rossa, e l' occhio si sente più fresco più libero ne' suoi movimenti, e meno soggetto alle sensazioni delle pungiture, che si osservano quando l' oftalmia progredisce.

Effetti del laudano sull' occhio alterato da oftalmia.

§. 18. Le bagnature acquose, e mollitive, come anche l' acqua fresca portano al contrario un ristoro momentaneo rinfrescando i vasellini ed obbligandoli a respingere il sangue ne' vasi maggiori, ed anche portando via dall' occhio le materie mucciose irritanti,

Effetto momentaneo degli ammollienti utili in apparenza.

(*a*) Il laudano concentrato è stato privato della parte spiritosa o alcoolica del vino, perchè si riduce alla metà del suo peso tenendolo esposto all' aria, e contiene inoltre molto croco vegetabile sostanza piuttosto debilitante, ed adattata a diminuire l' irritazione degli occhi. Conoscendo per molte pruove la difficoltà di averlo in commercio ben preparato ho disposto, che vi sia uno smercio presso il farmacista Kernot rimpetto al Teatro S. Carlo in questa capitale, e così potrà aversi preparato con tutta esattezza.

ma subito dopo sorge di nuovo il dolore, poichè lo sfiancamento de' vasellini sierosi della congiuntiva fa rientrare in essi il sangue in maggior copia, e l'oftalmia cresce tanto, che il senso di bruciore si rinnova più molesto di prima.

Così nell'idropisia le copiose bevande riescono dannose.

§. 19. Succede in questo caso ciò che addiviene all' idropico preso da sete, il quale bevendo molto non calma la sete che per brevi istanti; ma aumentando la sua debolezza, e la copiosa raccolta di siero nelle varie parti del corpo soffre una sete peggior della prima e non altro fa che aumentare il male.

Più si bagnano gli occhi cresce il male.

§. 20. Così più si bagnano gli occhi più sentiamo bisogno di bagnarli con sostanze acquose, e fresche, e sotto all' uso di tali rimedj palliativi il male si aumenta.

Vedesi che l' apparente dolore riesce utile.

§. 21. Sperimentiamo in questi casi gli stessi fenomeni, che si osservano in molte altre infermità fisiche, e morali, ciò che porta un dolore riesce utile, diminuisce il male dopo brevi momenti, ed opera la guarigione.

Errori per secondare le apparenze in altri casi.

§. 22. Per sì fatto modo l' adulazione è nociva alla morale, e colui che non vuol far mai piangere un fanciullo quando troppo lo seconda lo rende più caparbio, e malvagio, quindi più facile a dolersi della menoma privazione. Nel modo stesso, que' rimedj, i quali al primo istante riescono disagradevoli sono sovvente i più utili, e quel medico, il quale spera giovamento dalle applicazioni, che sembrano gradite all'occhio sul primo istante s'inganna, e non altro fa sennon accrescere, ed alimentare il male, mentre per l'opposto colui, che applica rimedj astrigenti, e corroboranti quantunque al primo istante determini una sensazione penosa ottiene ben presto la calma, ed il restringimento de' vasellini sierosi spettanti alla congiuntiva ne' quali ha sede l' oftalmia.

Queste ragioni vengono confermate da moltissimi sperimenti.

§. 23. Queste ragioni però a nulla valgono se si considerino isolatamente; ma sono per me di un gran peso poichè vengono confermate da una serie di sperimenti, ai quali ho tenuto dietro attentamente in tutto il corso della mia pratica.

Il successo costante ottenuto nella massima parte de' casi mi serve di pruova assai valida.

§. 24. Io ho osservato così stabilmente venire la guarigione dietro l' uso delle mie cure, che in un grandissimo numero di casi ho notato un miglioramento dopo due o tre giorni, e gradatamente il male si è diminuito fino alla perfetta guarigione, ma in

particolar modo mi sono convinto dell' efficacia di que' mezzi curativi che portano un evidente miglioramento nella congiuntiva, e nelle ghiandole affette, o nella cornea infiammata, e sono questi le sanguisughe, il laudano, la pomata del janin, la pietra infernale applicata ai nepitelli ed il calomelano amministrato internamente.

§. 25. Questi possono dirsi sovrani rimedj ne' casi in cui convengono perchè il loro effetto è costante ed immediato.

Effetto loro costante, e pronto.

§. 26. In primo luogo riguardo alle sanguisughe ho notato, che nelle più gravi oftalmie traumatiche il loro effetto è così pronto che bene spesso fanno cessare i dolori sintomatici dell' iritide, e gli uomini mi dicono quelle sanguisughe applicate alle tempia o all' angolo interno sono state come acqua sul fuoco, i dolori son cessati a misura, che il sangue sgocciolava, ed ho potuto dormire molte ore; e quasi lo stesso vantaggio hanno esse recato nelle oftalmie scrofolose da me curate per modo che ho veduto cessare lo stato acuto dell' oftalmia in poche ore, e bene spesso dissiparsi, o la nubecola, o l' ascesso, o l' ipopio immediatamente e di più in varj tentativi istituiti alla clinica, ed al deposito generale degli oftalmici, ho notato, che se le sanguisughe non venivano applicate in vicinanza degli occhi, oppure se ristagnavasi il sangue troppo sollecitamente, così che regurgitasse sull' occhio, il male non si diminuiva, ma anzi ricominciava più grave. Non sempre ho potuto ottenere sì pronti effetti nell' oftalmoblenorrea, ma ciò doveasi attribuire alla gravezza del male, all' essere inveterato, e determinato da contagi, e sostenuto da discrasie, da veleni, ed anche da cause predisponenti, ed ho conosciuto che il laudano in questi casi deve essere temperato unendovi l' estratto di saturno liquido locchè forma la miscela oftalmica.

Utilità evidente delle sanguisughe in molte oftalmie, principalmente traumatiche.

§. 27. Riguardo poi all' effetto del laudano concentrato posso accertare di aver curato ben cento oftalmie scrofolose una dopo l' altra senza mai veder recidive gravi, o ostinazione del male nè residuo veruno in guisacchè se qualche volta nelle oftalmie semplici di questo genere, dopo applicate le sanguisughe al modo ordinario, ed il consueto laudano mi è stato presentato l' infermo ancora tormentato dall' oftalmia, io ho saputo indovinare, che le mie pre-

Utilità evidente del mio laudano nelle oftalmie scrofolose.

scrizioni non erano state scrupolosamente eseguite, o che l'infermo era stato tenuto in una abitazione umida, e riparando a questi errori la guarigione è stata pronta.

Il danno riconosciuto usandolo per oftalmie interne, o traumatiche dimostra che non mi sono ingannato nel giudicarlo utile in altre.

§. 28. Non ho mai notato vantaggio dalle applicazioni del laudano, nè nelle oftalmie traumatiche, nè nelle iritidi, che anzi molte volte hanno peggiorato, e queste medesime osservazioni mi hanno convinto, che io non mi era ingannato negli altri casi, quando lo avea giudicato utile. Però nelle oftalmie o scrofolose, o reumatiche se veniva posto in uso un laudano troppo alcoolico, oppure alterato da fermentazione acetosa io subito me ne accorgeva dal mancato buon sucesso, o dall'aumento dell'oftalmia, e così evidente è riuscito anche alle persone volgari l'utile di questo rimedio, che ad onta de' pregiudizj adottati da moltissimi medici, e dal volgo, le persone le più timide lo hanno usato, e la mia riputazione si è formata sopra un numero notabilissimo di guarigioni.

Effetto sicuro della pomata di janin sulle ghiandole meibomiane.

§. 29. La pomata del janin è un rimedio più conosciuto del laudano, e quantunque abbia il diffetto di riuscire qualche volta irritante, pur non di meno cura costantemente, e radicalmente il flusso palpebrale purchè non vi sia complicata notabile infiammazione della congiuntiva; io osservo i margini palpebrali qualche tempo dopo averla prescritta, e subitochè vi riconosco le traccie del muco son solito dire, il torto è vostro se non siete guarito, voi non avete applicata la pomata, o l'avete usata troppo rare volte, adopratela come vi ho insegnato, e la guarigione sarà immancabile.

Utilità della pietra nell'oftalmoblenorrea cronica.

§. 30. Il quarto rimedio locale è la pietra, nitrato d'argento solido, questo è rimedio sovrano quando l'oftalmoblenorrea è diventata cronica, giacchè serve a restringere il tessuto che si era gonfiato, e dissipa quelle ragadi, od escrescenze che possono riguardarsi, come un seme del male, e che facilmente danno luogo a dannose recidive, ed anche respinge la linfa versata nella cornea.

Azione specifica del calomelano in casi di oftalmia.

§. 31. Io riguardo come un rimedio sovrano locale, anche il calomelano dato per bocca in buona dose perchè ho ottenuto con molta costanza la cessazione dello stato irritativo dell'oftalmia, ed in un modo quasi subitaneo, particolarmente ne' casi di cor-

neitide, e ne' casi d' iritide; quell' irritazione, che non avea ceduto alle deplezioni sanguigne locali ha ceduto prontamente a questo rimedio, ed in un subito l'oftalmia ch' era acuta è diventata cronica, e dopo l'occhio si è veduto meno rosso, meno irritato, ed ha meglio sopportato il laudano in caso di corneitide; cosicchè il calomelano sembra avere un'azione specifica sulle membrane dell' occhio infiammato.

§. 32. Per ciò si riducono a questi i miei principali rimedj che io riguardo, come agenti sulla congiuntiva, sulle ghiandole, sulla cornea, e sull' iride in un modo sicuro, e locale. Ecco i principali rimedj.

§. 33. Avendo poi sempre di mira l' influenza delle predisposizioni interne e de' veleni particolari o specifici, i quali aggravano il male col rendere il sistema dermico sottoposto alle alterazioni reumatiche, o catarrali, e che alterando la digestione danno facilmente luogo allo sbilancio di circolazione verso la testa, oppure mantenendo un'attività morbosa negli ultimi vasellini del sistema circolatorio danno facile occasione alle degenerazioni delle malattie. Per tutte queste vedute mediche io procuro sempre di neutralizzare possibilmente i veleni specifici, e di mantenere le funzioni della macchina in tutto il possibile equilibrio salutare. I veleni particolari debbono esser curati.

§. 34. Ecco perchè ho classificato le oftalmie in scrofolose, scorbutiche, clorotiche, erpetiche, veneree, sifilitiche, idrargiriche, zavorrali, e psoriche, classificazione, che dà luogo alle indicazioni curative le più utili nella pratica, siccome dimostrerò a suo tempo. Utile distinzione adattata per le indicazioni curative.

CAPO VII.

Descrizione dell' oftalmia chiamata flusso palpebrale puriforme, ossia infiammazione catarrale semplice delle ghiandole meibomiane.

Natura del flusso palpebrale puriforme.

§. 1. A norma della definizione addottata è facile intendere che il flusso palpebrale puriforme descritto dal celebre Scarpa (nel suo saggio di osservazioni etc :) è un' oftalmia catarrale, la quale ha sede propriamente nelle ghiandole meibomiane.

Utilità del rimedio quando usasi opportunamente.

§. 2. Noi dobbiamo somma riconoscenza a quel gran maestro sì per aver egli definito con precisione questo morbo, come anche per averci prescritto l' uso della pomata del janin, la quale è uno de' più sicuri medicinali, che si conosca, e porta una pronta, ed anche stabile guarigione purchè si adoperi, come è necessario.

Il male è limitato alle sole ghiandole.

§. 3. È cosa degna d' osservazione, che ne' casi di flusso palpebrale il male si limita puramente alle ghiandole meibomiane palpebrali, le quali s' ingrossano, e si fanno rosseggianti, cosicchè la congiuntiva dell' occhio in sul principio non è alterata, e se pur diventa in progresso di tempo rossiccia, ciò è l' effetto della molestia, che arreca il muco separato in copia, ed irritante, il quale si raccoglie entro le palpebre principalmente in tempo di notte.

Modo del suo sviluppo età, e cause predisponenti.

§. 4. La causa determinante di questa oftalmia è sempre una impressione sul sistema dermico portata dalle cause reumatiche, e sviluppasi questo morbo principalmente in coloro, che vanno soggetti a catarro, o coriza, e più facilmente nelle persone di età avanzata, ma non di meno si può incontrare talvolta in persone di ogni età, e di ogni sesso, nè vi è bisogno per determinarlo di una manifesta influenza delle cause predisponenti, quantunque attacchi più di sovvente coloro che lavorano in luoghi umidi, e quelli che si espongono al riverbero del fuoco, talchè i fabbri, i cuochi, i tintori, ed i lavoratori di scavi sotterranei, come anche coloro, che abitano case umide vanno più di ogn' altra classe d' uomini soggetti al flusso palpebrale, e ne guariscono con maggiore difficoltà se continuano a restare sotto l' azione delle cause predisponenti.

§. 5. Quando il flusso palpebrale è nel suo cominciare, il difetto è poco sensibile, e somiglia moltissimo alla predisposizione blenorroica, la quale si osserva negli uomini creduti sani; mentre vivono famigliarmente con coloro, che sono attaccati da oftalmoblenorrea contagiosa. Il difetto nel cominciare è leggiero.

§. 6. Qualche volta il flusso palpebrale ha uno sviluppo improvviso, ed è grave fin dal suo nascere, altre volte poi comincia in un modo insensibile, e svanisce, indi riprende forza per nuove impressioni reumatiche; ma quasi sempre rimane un residuo del difetto nelle palpebre per cui facilmente si riproduce, ed ogni recidiva è più grave delle precedenti. Sviluppo grave e recidive frequenti.

§. 7. Allorquando il flusso palpebrale sviluppasi in un modo violento conviene, che vi sieno state forti impressioni reumatiche, le quali subito dopo abbiano portato il flusso palpebrale grave; quando poi trattasi o di recidiva, o di un flusso palpebrale leggiero basta a determinare il male una leggiera impressione reumatica, la quale porti una sopressione, o della insensibile traspirazione, o del sudore. Cause dello sviluppo violento.

§. 8. Ogni medico intende, che la soppressione della traspirazione è più o men facile secondo la disposizione in cui trovasi la macchina umana. Si riconosce il flusso palpebrale dalla copia del materiale muccioso che si raccoglie entro le palpebre; e dalla tinta rossiccia che si vede in vicinanza agli angoli delle medesime il muco sebbene acre, non lo è mai tanto quanto il materiale blenorroico, nè assume quasi mai quella tinta giallo verdastra, e quantunque l' occhio ne sia molestato non determina tanta copia di sangue sulla congiuntiva oculare, nè tanta lagrimazione, e molestia, come notasi ne' casi di oftalmoblenorrea; perchè non attacca di sua natura primitivamente la congiuntiva. Sopressione del sudore variata.

§. 9. Possiamo riguardare come un segno patognomonico del flusso palbebrale grave, quella tinta rossa, che prende in questi casi la cute in vicinanza ai due angoli delle palpebre (vedi tav. II. fig. 1.), locchè deriva dalla molesta impressione, che vi fa il muco nell' uscire, e ciò porta agl' infermi un senso come se la cute fosse scorticata, e talvolta dà origine ad una escoriazione, alquanto molesta. Segno del flusso agli angoli delle palpebre.

Soli incommodi causati dal flusso palpebrale.

§. 10. In generale però questa oftalmia non porta grave molestia e gl' infermi non altro accusano sennonchè qualche pungicore alla superficie degli occhi, o qualche prurito, molta raccolta di muco entro le palpebre allo svegliarsi, e quelle escoriazioni vicino agli angoli, che dispiacciono singolarmente al bel sesso; e qualche volta il muco formando come un velo disteso sulla cornea cagiona un momentaneo ingombramento della vista.

Quando è leggiero è quasi impossibile riconoscerlo.

§. 11. A questi si riducono gl' incommodi cagionati dal flusso palpebrale grave, ma quando il male è leggiero gl' inconvenienti sono così tenui, che le persone le più dilicate son le sole, che possano riconoscerlo, e che io sono stato molte volte imbarazzato a sapere se fosse effetto di un vizio nervoso, oppure di una leggiera oftalmia semplice.

Segni del più leggiero flusso.

§. 12. Il segno, che giova moltissimo a riconoscere il flusso palpebrale leggiero, e qualunque residuo, o principio di questo male, consiste in ciò, che l'uomo in tale stato dopo aver tenute chiuse le palpebre per qualche ora, se vuole aprirle prova molta difficoltà, come se gli mancasse la forza di sollevarle, quantunque non abbia determinato verun aumento sensibile nella secrezione mucosa delle palpebre, molti si lamentano di questo solo inconveniente, ed io lo giudico derivato da un concorso irregolare di sangue nel tessuto palpebrale, che vi si spande più facilmente quando le palpebre stanno chiuse, e che mantenendo distese le parti impedisce l'azione del muscolo levatore, e di fatti in tutti i casi di flusso palpebrale le vene del margine ossia le coronarie si veggono ingrossate da chiunque abbia l'abitudine di osservare, e sovvente troviamo anche ingrossato il margine palpebrale (vedi tav. II. fig. 3.).

Inconvenienti che s' osservano dall' infermo la sera.

§. 13. Un altro inconveniente osservasi quando il male è in un grado un poco più molesto, ed è che la sera le palpebre diventano molto pesanti, e l'uomo tiene a stento aperti gli occhi, quantunque non abbia sonno. Quando poi la secrezione mucosa incomincia ad aumentarsi, egli osserverà, che riguardando i lumi gli sembreranno come circondati da moltissimi raggi, la fiaccola prende una forma globosa, e la sua vista diventa confusa, ed offuscata, vizio, che si toglie per qualche istante strofinando le palpebre, e ripulendosi ben bene gli occhi dal muco.

§. 14. Su questi indizii sarà facil cosa riconoscere il flusso palpebrale puriforme in qualunque grado si trovi, fosse anche nel grado microscopico, e si dovrà curarlo prima che porti più gravi alterazioni, poichè quando l'uomo è malsano, e quando vada esponendosi a forti impressioni reumatiche potrà degenerare, e recar grave danno alle palpebre, ed anche agli occhi. Segni e necessità di curarlo.

CAPO VIII.

Intorno alle cure da praticarsi nel primo stadio del flusso palpebrale puriforme.

§. 1. Si può francamente asserire col nostro maestro Scarpa che il rimedio pel flusso palpebrale è la pomata del janin, e per moltissime pruove io mi sono convinto dell'efficacia di questo rimedio. Il rimedio è la pomata del janin

§. 2. Tutto il metodo curativo in questi casi si riduce a ciò che siegue. L'occhio non si laverà con fluidi ammollienti, ma bensì con vino, ed acqua di camomilla a parti uguali mescolati, e ciò dovrà farsi il più di rado, che si potrà; si manterranno ben pulite, ed asciutte le palpebre, e si applicherà ogni sera la pomata portandone quanto può eguagliare mezz' acino dentro le palpebre, e facendola distendere su tutta la congiuntiva mediante una leggiera strofinazione delle palpebre. Metodo curativo da tenersi.

§. 3. La detta applicazione della pomata dee ripetersi ogni sera per lo spazio di quaranta giorni, ed anche più, e si saprà di averla usata per quanto basta, allorchè sarà cessata la secrezione del muco, e gli occhi allo svegliarsi potranno aprirsi liberamente. Si ripeta l'uso per 40. giorni.

§. 4. Se il flusso palpebrale fosse di recente invasione, ed acuto grave, gioverà moltissimo preparare l'occhio a sopportar bene la pomata, locchè riesce quando si applichi prima per otto, o dieci giorni il mio laudano, come descriverò più sotto, o quando si usi questo rimedio la mattina, e la pomata ogni sera per una, o due settimane. Quando è recente si userà anche il laudano.

§. 5. Giova avvertire agl' infermi, che se il laudano sia ben preparato porterà un pronto ristoro agli occhi facendo uscire il Utilità del laudano, e necessità della pomata.

cattivo umore per lagrimazione, e che la molestia da esso recata è passaggiera; mentre subito dopo l'occhio si sente più fresco, e più leggiero ne' movimenti, e di sovente il sangue si dissipa dalla congiuntiva, e l'ammalato migliora notabilmente in due o tre giorni, ma senza la pomata non si ottiene mai una guarigione compiuta.

Molestia prodotta dalla pomata.

§. 6. È da sapersi altresì, che nello stadio acuto, e nel primo accesso la pomata cagiona talvolta una molestia quasi insopportabile dalle persone di squisita sensibilità, e che nello stato cronico, quantunque al momento in cui si porta entro le palpebre non faccia veruna sensazione, nel dì susseguente essa sviluppa una attività molesta, per cui molti infermi se non ne sieno avvisati la credono nociva, e l'abbandonano, particolarmente quando abbiano l'appoggio di qualche persona ignorante, o mal prevenuta.

Bisogna persistere.

§. 7. Basta perseverare due o tre giorni nell'uso della pomata e subito l'occhio si abitua a questo stimolo, e comincia a migliorare.

Pregiudizj, che rendono inutile la scienza.

§. 8. Vi sono molti pregiudizj a combattere, e bisogna portarvi riparo senza di che le nostre prescrizioni vengono abbandonate, e si discredita la medecina ed il medico perchè non guariscono subito.

Credono, che s' impedisca un' escrezione salutare.

§. 9. S' immagina taluno, che usando medicine locali astringenti altro non si faccia sennonchè rinserrare uno scolo salutare che potrebbe condur fuori un umore acre e malsano di cui, o l'occhio, o la macchina deve liberarsi.

Effetti buoni osservati costantemente.

§. 10. Ma potrei rispondere a questo, che certamente avrò così curato a quest'ora oltre quattrocento individui di questo flusso palpebrale senza mai avere osservato nè metastasi nè altre oftalmie interne, se si eccettui qualche raro caso in cui il flusso palpebrale andava congiunto ad una incipiente iritide, oppure ad un' oftalmoblenorrea con ulceri della cornea, ne' quali casi essendomi avveduto, che la pomata recava danno, o determinando un maggiore afflusso di sangue sull' iride o irritando le ulceri, ho usata la precauzione di prima curare l'iritide, e le ulceri, ed applicare la pomata quando l'occhio non poteva più essere da quella irritato; ma simili complicazioni sono ben facili a riconoscersi, ed il danno che reca la pomata nel caso d' iritide si manifesta perchè

subito dopo l' infermo accusa lagrimazione copiosa, senso di peso o di dolore ai contorni dell' orbita, e qualche visione di mosche volanti dinanzi ai corpi ch' egli esamina; così in caso di oftalmoblenorrea acuta, ed ulceri essa porterà una molesta recidiva, ma le ulceri sulla cornea si riconoscono con facilità.

§. 11. Circa poi alla retropulsione degli umori è d' uopo richiamare qui tutte le moderne dimostrazioni, le quali provano, che le secrezioni degli umori acri vengono dal sangue puro e sano per una singolare alterazione morbosa degli organi secernenti, e che non possiamo coltivare queste alterazioni coll' idea di ripurgare la macchina da' cattivi umori; ma che anzi si manterrebbe una alterazione locale pericolosa, la quale potrebbe degenerare facilmente, e portare molto disordine all' occhio. La stessa massima oggidì serve a guarire col metodo di Bayton, e di Unterwood le piaghe inveterate, quantunque tali metodi fanno veramente assorbire molta linfa e la rimettono in circolazione, cosa che non si fa applicando sull' occhio i nostri rimedj astringenti, i quali agiscono sopra un organo ristretto quanto è la congiuntiva, e non sopprimono una secrezione copiosa facendone assorbire il materiale, e reprimendolo meccanicamente, ma riducono le parti a stato di sanità corroborando, e sanando i tessuti, dai quali scacciano il sangue, e la linfa che vi circolava in copia dannosa.

I moderni hanno dimostrato che gli umori acri vengono separati dal sangue.

§. 12. Io sono solito esprimermi così nell' ordinare la cura, *queste medicine faranno scaturir colle lagrime il cattivo umore, che tormenta i vostri occhi, e dopo starete meglio, perchè le palpebre prenderanno vigore.* Con queste parole si dilegua nella maggior parte delle persone il sospetto, che possano sopprimere uno scolo salutare, o portare una metastasi.

Linguaggio opportuno a rassicurare gl' infermi.

§. 13. Ma la maggior parte de' medici, comecchè sono abituati a curare le malattie col soccorso di medicine interne, credono non potersi curare questa infermità co' soli rimedj locali, principalmente perchè notano un consenso fra lo stato degli occhi, e la salute del soggetto; talchè ad ogni alterazione, o dello stomaco, o della cute veggono aumentarsi i sintomi del male.

Opinione de' medici troppo contraria alle cure locali.

§. 14. Io posso rispondere col fatto alla mano, che un gran numero di persone sono guarite facilmente, e stabilmente usando

Dimostrazioni di fatto.

i soli rimedj locali, e senza impiegare medecine interne, veggansi le note di quelli curati da flusso palpebrale in questi quattro anni fra gli ambulanti nella scuola clinica, e potrei annoverare molti casi ne' quali ad onta di lunghe, e ben calcolate cure interne gl' infermi non hanno potuto esser guariti, perchè era stata negletta la pomata del janin.

Casi rari di guarigione spontanea.

§. 15. Si dà qualche esempio di persone guaritesi naturalmente per causa di quella tendenza, che ha sempre la macchina umana a mantenersi nello stato di sanità, od a ritornarvi; ma simili casi sono rari, sebbene sieno frequenti quelli di una guarigione apparente, poichè lo stadio acuto si risana facilmente da per se, e lascia uno stato cronico, ossia un' opportunità alle recidive.

Opinioni favorevoli a' rimedj inutili, o dannosi.

§. 16. Queste guarigioni operate dalla natura, e questa cessazione dello stadio acuto riguardata da taluni come una perfetta guarigione hanno dato credito a molte medicine inefficaci, ed anche all' uso di taluni rimedj, che sono più dannosi che utili, perchè vi sono uomini così ben disposti per temperamento, che possono superare non solamente le malattie, ma ben anche le cure mal calcolate, od almeno passano ad uno stato cronico mite.

Le bagnature ammollienti rendono inutile la pomata.

§. 17. Io mi sono convinto con numerose sperienze raccolte fra le annotazioni cliniche (vedi lib. II. pag. 39.) che le bagnature ammollienti tanto usitate e raccomandate dal volgo, e dai medici di antica data riescono dannose, anzichè utili per lo flusso palpebrale, al segno di rendere infruttuosa anche l' applicazione della pomata del janin.

Molti sperimenti luminosi praticati in questi casi.

§. 18. In nessuna altra specie di oftalmia ho potuto istituir tanti esperimenti quanti ne ho fatto su di questa, poichè non essendo alterato il globo dell' occhio non vi era timore di perderlo nel tempo delle citate pruove; e sempre ho notato, che dopo i bagni ammollienti gli occhi peggioravano, e che la secrezione del muco puriforme aumentava.

Effetti chiari e recidive prodotte dagli ammollienti.

§. 19. Ho pure osservato, che perfino le donne da per se medesime se ne sono persuase, quando gl' infermi aveano usato rimedj mollitivi locali prima di chiamarmi, e dal momento in cui addottarono l' esposto sistema di cura sempre si son trovati me-

glio, e con prontezza son guariti, mentre ritornando taluni (perchè vacillanti, ed incerti) all' uso di bagnature mollitive, sempre sono andati peggio, e così alternando si sono convinti e sono stati poi guariti coll' uso de' corroboranti, ed astrigenti locali i più attivi, come sono il vino, il laudano, e la pomata oftalmica del janin.

Cure interne e regolamenti usati in questi casi.

§. 20. Se mai la malattia attacca persone scorbutiche, o sifilitiche, o soggette all' erpete, e se non venga prontamente curata minaccia qualche degenerazione. Può concorrere alla più facile guarigione la cura interna per lo ben essere generale della persona, nè ho mai trascurato l' uso di tali medicine a norma delle indicazioni curative; come altresì ogni qualvolta il soggetto andava sottoposto a frequenti recidive ho esaminato, quali cagioni potessero determinarle, ed ho cercato di rimuoverle, e principalmente utile riuscì raccomandare una abitazione migliore quando l' infermo si fosse trovato in una casa umida, o mancante del Sole, oppure ho dovuto fargli abbandonare per alcun tempo la professione se fosse stato un fabbro, un vetrajo, oppure un cuoco.

Ora vedremo gli effetti del male.

§. 21. Ecco le precauzioni utili ne' casi di flusso palpebrale semplice, esaminiamo quì appresso questo male ne' suoi progressi, giacchè non sempre ci è dato di curarlo dal suo cominciare.

CAPO IX.

Del flusso palpebrale degenerato.

Quando porti grave danno.

§. 1. Il flusso palpebrale difficilmente induce gravi alterazioni agli occhi, e se degenera bisogna che si trovi in un uomo malsano, e sottoposto a continue impressioni delle cause predisponenti; o che sia stato trascurato a lungo, e medicato con mollitivi locali.

Ne risulta ettropio, tigna ed ulceri palpebrali.

§. 2. In questi casi, qualche volta la congiuntiva de' nepitelli s' ingrossa talmente che si fa rossa, e ne risulta l' *ettropio* singolarmente ne' vecchi (Vedi Tav. II. Fig. 3. e 4.). Ne' giova-

netti poi si altera il margine palpebrale in guisa che si sviluppa, o la *tigna*, o l'orzajuolo; negl' individui scorbutici, o sifilitici al sommo grado qualche volta per la poca vitalità delle parti, e per la molta causticità del materiale muccioso segregato hanno origine delle esulcerazioni palpebrali, o degli ascessi della cornea, e se mai persone affette dal flusso palpebrale si trovino a contatto con soggetti attaccati da oftalmoblenorrea osservasi non di rado, che per l'influenza del contagio il male degenera in una vera oftalmoblenorrea. Nelle persone soggette al fuoco non di rado porta infiammazione alla cornea e quindi il panno, o alla casula e perciò la cateratta vera.

Ettropio sintomatico, e difficile a curarsi.

§. 3. Allorchè l'ettropio sarà effetto di un flusso palpebrale recente potrà riguardarsi come sintomatico, e potrà curarsi mediante la pomata del janin, ed il laudano, e strisciando di quando in quando la pietra sulla congiuntiva alterata. Ma se la congiuntiva si mostrerà molto rialzata, ed il male assai cronico non potrà che diminuirsi alquanto coll' uso di tali rimedj, sempre però utilissimi (vedi tav. II. fig. 2. e 3.), e resterà una parte organica, la quale si dovrà togliere afferrandola colle pinzette, e tagliandola via colle cesoje, o col bisturì senza verun timore di tristi effetti (vedi lib. I. pag. 162.).

Cura della tigna.

§. 4. Se mai ha luogo la tigna come ho detto la cura da tenersi è quella descritta (lib. I. pag. 145.), e se l'orzajuolo, bisognerà usar la depilazione, applicare la solita pomata, e migliorare lo stato degli organi digestivi con addattati purganti salini, e con tinture amare in seguito, oppure acque minerali.

Cura delle ulceri, ascessi, e panno.

§. 5. Allorchè poi abbiano luogo panno alle cornee, esulcerazioni, o ascessi, bisognerà trattarli come dirò parlando dell' oftalmoblenorrea degenerata a questo grado, e bisognerà curare l'infermo con rimedj interni, procurargli un buon alloggio, ed allontanarlo dall'influenza delle cause predisponenti per quanto sarà possibile.

Utilità delle sanguisughe se l'infiammazione è profonda.

§. 6. Se il flusso palpebrale si trovasse degenerato al punto di sviluppare un'azione infiammatoria cronica sulla casula, allora bisognerà ricorrere alle applicazioni delle sanguisughe verso gli angoli, ed all' uso interno del calomelano, come si pratica ne' casi in cui questa degenerazione dipende da oftalmoblenorrea.

§. 7. Quando finalmente l' uomo si trovasse esposto all' influenza del contagio bisognerà trattarlo come coloro, i quali si trovano nello stato di oftalmoblenorrea incipiente di che parlerò più sotto.

Casi in cui si avvicina all' oftalmoblenorrea.

§. 8. Se l' infermo fosse infetto da mal venereo, o da sifilide, o alterato da idrargirosi, o da scrofole, o da veleno psorico o da artritide, o da scorbuto, o da vizio gastrico, bisognerà combinare la cura locale, assieme colla cura opportuna a neutralizzare i veleni, e ripristinare le funzioni della sua macchina in quel modo che verrà indicato trattando delle altre oftalmie esterne.

Se vi sono alterazioni specifiche si userà la cura interna.

CAPO X.

Intorno alla blenorrea del sacco lagrimale.

§. 1. Giustamente il Sig. Beer ha distinto la blenorrea del sacco dalla fistola, e dal flusso palpebrale, poichè ho veduto più di trecento casi di flusso palpebrale senza che mai fosse stato alterato il sacco, e viceversa ho veduto circa 80 casi di blenorrea del sacco ne' quali i follicoli mucosi palpebrali erano sanissimi, e la persona non presentava nè tarsi iniettati, nè secrezione mucciosa nella loro superficie; unicamente quando veniva compresso il sacco lagrimale usciva la materia (vedi Tav. III. Fig. 1.), ma non osservavasi nè il senso di peso alle palpebre decritto più sopra, nè l' escoriazione agli angoli che caratterizza lo stadio avanzato del flusso palpebrale.

La blenorrea del sacco non è effetto del flusso palpebrale.

§. 2. Nulla di meno in qualche caso di blenorrea del sacco, o di fistola consecutiva ho notato esservi l' alterazione delle ghiandole meibomiane, la quale complicazione ha dato occasione a molti de' nostri maestri di pensare, che la blenorrea del sacco, e la fistola fossero costantemente le conseguenze del flusso palpebrale.

Casi in cui si uniscono i due vizj, che hanno persuaso i maestri.

§. 3. Io non saprei dire per qual motivo, ma ho molte volte osservato, che coloro, i quali sono stati soggetti a malattie esantematiche, e principalmente al morbillo, o al vajuolo arabo, se prendono un catarro, quando non vadano incontro a malattie di

Dopo gli esantemi spesso un catarro dà origine alla blenorrea del sacco.

petto, o ad altre più gravi a norma delle loro prediposizioni, vengono attaccati dalla blenorrea del sacco isolata, nè in questi ho mai notato esservi congiunto il flusso palpebrale.

Così gli abitatori de' luoghi umidi.

§. 4. Lo stesso potei osservare ne' fanciulli, e nelle donne, che abitavano luoghi umidi, quando i fanciulli erano scrofolosi, e quando le donne erano clorotiche.

Pare essere ereditario ad una certa età.

§. 5. Finalmente questo morbo l'ho osservato molte volte svilupparsi come ereditario, quando gli uomini erano di una età avanzata, e che i genitori l'aveano sofferto senza che in essi concorressero altre cause evidenti; come ancora ne' fanciulli generati da padri erpetici e malsani esso incontrasi non di rado fin dalla prima infanzia.

I sifilitici, che abitano luoghi umidi vi sono sottoposti.

§. 6. Negli uomini affetti da sifilide ha facilmente il suo sviluppo, ed è molto frequente se questi abitano luoghi umidi, o se si trovino esposti all' influenza di cause reumatiche, ed allora và non di rado unito al flusso palpebrale.

Definizione, e segni della suddetta infermità.

§. 7. La blenorrea del sacco è un catarro delle ghiandolette mucciose che appartengono al sacco lagrimale, e si riconosce, o dal guasto che determina nel sacco, e suoi contorni, oppure perchè premendolo ne esce di quando in quando un umore mucoso.

CAPO XI.

Sviluppo della blenorrea del sacco lagrimale, suoi stadj, e metodi curativi.

Fistola conseguenza della blenorrea.

§. 1. La blenorrea del sacco porta quasi sempre la fistola suppurata, alterazione difficile a curarsi, e dispiacevole oltremodo così al medico come all' infermo, giacchè la cura è sempre lunga e penosa.

Non è che un flusso del sacco degenerato, e perciò si può curare mediante la pomata del janin.

§. 2. Esaminando l'origine di questo vizio, e la qualità del muco, e delle parti viziate io sono intimamente persuaso, ch' esso non differisca dal flusso palpebrale sennon per la sede, e credo che allorquando è sul cominciare se si applicasse la pomata del janin

entro le palpebre dovrebbe cessare lo scolo blenorroico, come in fatti nella maggior parte de' soggetti, che ho curato felicemente senza che il male degenerasse il rimedio è stato appunto questo.

§. 3. Però la maggior parte degl' infermi riguardano la blenorrea, come cosa da niente, e trascurano di applicar la pomata sentendosi irritati gli occhi sotto l' uso di questo rimedio.

Molti trascurano il rimedio.

§. 4. Io credo che allorquando riesce vantaggiosa ciò addiviene perchè vi penetra, ma sovvente si trova il sacco ripieno di muco, e vi entra con difficoltà. Io porto opinione che se avessimo un sicuro mezzo di far penetrare i componenti della pomata del janin entro al sacco la guarigione si otterrebbe quasi sempre, per la qual cosa raccomando agl' infermi di spremer ben bene il sacco, e vuotarlo prima di portare la pomata entro le palpebre; e non sarei alieno da iniettare queste sostanze dopo averle disciolte nell' acqua o nell' oglio d' oliva caldo.

Non riesce talvolta perchè il rimedio non penetra.

§. 5. A tal fine ho anche usato le iniezioni astrigenti eseguite mediante la siringa d' Anellio e qualche volta con ottimo sucesso (vedi tav. XI. fig. 1.) e quelle che mi sono riuscite meglio erano composte di nove parti d' acqua ed una della così detta pietra divina del Saintyves polverizzata (*a*), però la facilità con cui la siringa d' Anellio determina un' escoriazione nelle vie lagrimali, e subito dopo l' iniezione insinuandosi quasi improvvisamente nel tessuto celluloso, che circonda il sacco porta dolore, ed anche suppurazione, e l' incertezza della riuscita, sono i motivi che mi hanno fatto abbandonare questa pratica; cui preferisco la semplice applicazione della pomata del janin.

Iniezioni utili ma talvolta irritano.

§. 6. Se per altro si potesse facilmente portare sulle interne pareti del sacco, o una soluzione di pietra infernale, o le sostanze componenti la pomata del janin io preferirei questa cura ad ogni altra; ma finora ciò non mi è riuscito in un modo plausibile; e

Se si potesse portare, o la pietra infernale nel sacco o la materia della pomata la cura sarebbe facile.

(*a*) La pietra divina del Saintyves si prepara come segue
Allume crudo
Nitro depurato
Verde rame *a a* ℥j: s p. Si sciolgono mediante un bagno d' arena, e quando sono quasi ridotti a stato di fusione vi si aggiungne una dramma e mezza di canfora raspata.

bene spesso ho veduto il male ostinarsi, e progredire fino a cagionare la fistola suppurata.

Distinzioni usate dal Beer.

§. 7. Il Sig. Beer stimò opportuno distinguere le conseguenze della blenorrea del sacco in ernia del sacco, idrope del sacco, fistola semplice, e fistola degenerata colla carie dell' osso unguis.

Ernia del sacco.

§. 8. Allorquando le materie raccolte nel sacco giungono ad ostruire il canal nasale esse lo distendono, e questo pare ernioso, ossia si eleva oltre il livello ordinario il che dà luogo all' ernia del sacco lagrimale.

Idrope del sacco.

§. 9. Se poi dette materie sieno di una natura sì poco caustica da potersi raccogliere senza determinare una suppurazione, allora si addensano in modo, che non possono più uscir fuori, e giungono a chiudere tanto il canal nasale, come i condotti lagrimali; il sacco si gonfia senza mandar fuori materie, e sembra idropico, locchè costituisce l' *idropisia del sacco*, il quale trovasi per lo più ripieno di un muco albuminoso.

Fistola suppurata.

§. 10. Finalmente se i materiali, che sono raccolti entro al sacco tanto nell' ernia, come nell' idrope divengono caustici o degenerati danno origine ed una suppurazione per cui egli si apre, e si vuota dopo essersi gravemente infiammato, e questa infiammazione di tempo in tempo si rinnova con grave danno, e pericolo delle parti vicine, talchè si è veduto alterarsi l' occhio in molti casi, o restar viziato l' osso unguis da una carie pericolosa.

Sacco canceroso; e carie dell' unguis.

§. 11. Che se l' infermo fosse affetto da lue sifilitica, oppure predisposto ad affezioni carcinomatose vi sarà pericolo, o che il sacco divenga canceroso in seguito delle replicate infiammazioni, o che lo divenga l' occhio, o che l' osso unguis venga cariato con pericolo di ozena, e di carie estesa per entro le ossa del naso.

§. 12. Ecco dei pericoli, che bisogna evitare curando la fistola lagrimale al più presto possibile.

CAPO XII.

Cura de' varj stadj della blenorrea del sacco degenerata.

§. 1. Avendo osservato, che tanto l'ernia, come l'idrope recano molestia agl' infermi, e che gli ultimi stadj non si possono curare, nè mediante la pomata, nè mediante le iniezioni, nè mediante le interne cure io ho addottato per massima di curare i tre ultimi stadj mediante l' operazione, che si pratica nella fistola suppurata. Gli ultimi stadj si curano mediante l' operazione.

§. 2. L' operazione della fistola lagrimale consiste nell' aprire il sacco mediante un taglio e portare degli specilli per entro al canal nasale, poi introduco una corda da violino che lo attraversa e penetra fin dentro le narici pel canal nasale e lo riempisco di filacciche mantenendo questo apparecchio in sito col mezzo di qualche pezzo di drappo gommoso posto al di fuori sulla cute sana e sulle filacciche. Operazione della fistola.

§. 3. Ogni 24 ore cambio l' apparecchio, e cessata l' infiammazione, prodotta dalla descritta operazione tolgo le filaccie, e la corda, e vi sostituisco delle filacciche nelle quali stà inviluppato un pezzettino di pietra infernale (vedi tav. III. fig. 5.) del peso di due, o al più tre acini. Questa pietra si discioglie lentamente, ed agisce causticando la parete del sacco alterata, vi porta una salutare irritazione, e cangia lo stato morboso delle ghiandolette poste nel suo tessuto, le quali hanno dato origine al male, (vedi tav. III. fig. 2. e 3.). Introduzione della pietra nel sacco.

§. 4. Lascio poi per due o tre giorni l' uso della pietra, e rimetto la corda, e le filacciche al solito modo, onde lasciar cessare l' irritazione e quindi rinnovo il solito stuellino portante la stessa quantità di pietra, e così facendo vedesi migliorare la qualità della secrezione; il fondo del sacco non si mostra più granuloso, e quasi sempre bastano quaranta giorni, o due mesi per cangiarne lo stato morboso. Introduzione della corda.

§. 5. Allorchè io credo aver agito quanto basta colla pietra mi determino a finir la cura; ma veduto, avendo, che in molti casi si chiudeva la parte inferiore del sacco, ed a poco a poco si ri- Dilatazione del canal nasale.

produceva una specie di ernia mi son determinato a far penetrare nel fondo e nel canal nasale o un grosso trequarti, che distrugge gran porzione dell'unguis, oppure tre o quattro specilli (vedi tav. III. Fig.3.), che introduco l'un dopo l'altro pel canal nasale fin dentro alle narici discendendo fra il turbinato medio, e l'inferiore, e rompendo così l'osso unguis ottengo una sì vasta apertura del sacco nella sua parte inferiore, che se pur tutte le ghiandolette viziate non fossero state distrutte dall'uso della pietra non potendosi raccogliere i materiali, che ne derivano non può rinnovarsi la suppurazione, ossia la fistola.

Pomata del janin, e cure interne che facilitano la guarigione.

§. 6. Dopo abbondonata la medicatura locale faccio applicare la pomata del janin principalmente da tutti coloro, che hanno flusso palpebrale, e fin dal cominciare della cura ordino i convenienti rimedj interni per tutte quelle persone, le quali portano segni di evidenti discrasie o veleni come spiegherò più sotto.

Guarigione spontanea da ultimo.

§. 7. Dopo tolto l'apparecchio di filacciche, e corda, l'apertura esterna chiudesi da per se a poco a poco, o interamente, o quasi, e come le persone avvenenti, e dilicate si dolgono, che rimane sovvente un forellino nel sacco pel quale escono al di fuori, o lagrime, o materie mucciose bianche, ancorchè la fistola possa dirsi guarita; nè più veggansi suppurazioni del sacco, così in questi soggetti sono solito ultimare la cura nel seguente modo.

Cura per far chiudere l'ultimo forellino.

§. 8. Quando il forellino è ridotto picciolissimo, e non manda che materie diafane, allora io faccio delle picciole incisioni sul suo margine mediante quattro, o cinque colpi di lancetta, e quando sia cruentato vi applico sopra un cuscinetto, che tengo per 24 ore legato alla fronte servendomi del compressore del Professore Scarpa raccomandato da' nostri maestri; onde curare l'ernia del sacco mediante la pressione e d'ordinario questo basta a far sì che il margine del forellino fistoloso si chiuda mediante una salutare infiammazione adesiva (Vedi Tav. XI. Fig. 2.).

Recidive rare.

§. 9. Dopo che ho addottato questo metodo, le recidive tanto rincrescevoli e frequenti sono diventate rarissime, e se pur qualche volta si è veduto raccogliersi della mucosità nel sacco, questa era diafana, e non ha mai degenerato, nè l'infermo ebbe a soffrire suppurazioni nè gli altri inconvenienti, che dalla fistola procedono.

CAPO XIII.

Cure da prestarsi quando la fistola fosse degenerata.

§. 1. Ne' casi di fistola da me curati non ho trovato altra degenerazione sennonchè la carie dell' osso unguis in qualche caso di grave complicazione sifilitica, ed in questi casi alle appropriate cure interne ho congiunto l' uso di perforare l' osso unguis con un trequarti ponendovi di sotto un pezzo di zoghero per far punto d' appoggio dove l' osso era cariato, e di applicare nel sacco una densa pomata contenente una parte di grasso, ed altrettanto del suo peso della polvere angelica che si compone con parti eguali del precipitato rosso, e dell' allume usto, questa pomata l' ho sostuita per due, o tre volte alla pietra infernale portandola nel sacco mediante lo stuello di filacciche; e l' ho trovata più efficace della pietra medesima. Fistola con carie.

§. 2. Di rado ho avuta occasione di curare la fistola degenerata in carcinoma perchè varii infermi, che ho veduto in tale stato non vollero assoggettarsi a veruna cura giudicandosi disperati; ma se avessi di sifatte cure a tentare sostituirei alla pomata colla polvere angelica, l' empiastro del D. Hellmund di Berlino; che mi ha corrisposto felicemente in tutti i casi di ulceri carcinomatose al naso, o alle palpebre; mentre si stampa questo volume ho portato a fine la cura di un carcinoma vastissimo nel quale il balsamo di Hellmund ha corrisposto felicemente. (*a*). Casi di sacco carcinomatoso.

(*a*) Questo balsamo si prepara come siegue e deve mescolarsi ad un'ottava parte delle polveri di Frate Cosimo.

Prendi Balsam. Peruviano nero
Etratto di Conio maculato a a ℥ ÷
Acetat. di piomb. puro cristall. scrup. jj.
unguento cerato di Galeno ℥jv. — *m. esat.*

Polveri di Frate Cosimo.

Arsenico bianco scrupoli jj.
Cenere di suola vecchia bruciata gr. xjj
Sangue di Drago gr. xvj
cinabbro artificiale ℥jj — il tutto p. m.

CAPO XIV.

Dell' oftalmia scrofolosa.

Cause, e principio dell' oftalmia scrofolosa.

§. 1. Questa specie d'oftalmia non viene mai determinata dalle cause traumatiche, ma bensì dalle reumatiche, essa incomincia con un' apparenza molto semplice; anzi al suo cominciare non vediamo, che due o tre vasellini rosseggianti sulla congiuntiva, e l' uomo non accusa, che un senso di pungiture frequenti; in seguito tutta la congiuntiva si fa rossa, e l' occhio diventa molto lagrimoso senza mucosità veruna.

Fanciulli affetti da essa.

§. 2. Questa oftalmia attacca principalmente i fanciulli, che abbondano di linfa, e che hanno la pelle bianca, gli occhi cerulei ed i capelli biondi; ma non ne risparmia di verun temperamento, quantunque i robusti e bruni di rado vi sieno soggetti, e ne' sani difficilmente degenera, essa ordinariamente si mostra nella prima infanzia, diventa grave in coloro che son nati da parenti o sifilitici, o podagrosi, come anche fra coloro, che abbiano preso latte da femmine malsane, o infette (vedi tav. I. fig. 1. e 2.).

Sintomi comuni coll'iritide.

§. 3. È cosa degna d' osservazione, che quantunque l'oftalmia scrofolosa passi ben di rado a stato d' iritide pur non di meno notiamo quasi sempre intolleranza di luce, e lagrimazione ne' giovanetti, che ne sono attaccati, e sono questi due de' segni dell' iritide, manca però il sintoma principale; cioè il dolore al contorno dell' orbita.

Segni manifesti di oftalmia scrofolosa.

§. 4. Allorchè l' oftalmia semplice non ceda prontamente, e presenti degenerazioni, oppure si presentino i due sintomi citati potremo ne' giovanetti riguardarla come scrofolosa purchè non sieno per nulla viziate le ghiandole meibomiane, nè le lagrime vadano accopiate a molta secrezione di muco.

Alterazioni consecutive.

§. 5. Questa oftalmia sussiste in molti soggetti per lungo tempo senza alterare la cornea, ma se l' individuo, o sia malsano, o trovisi alloggiato in luoghi umidi, o faccia esercizio violento di corpo, e passi dopo ad intrattenersi, e dormire nell' aria fresca, ed umida dovrà soffrire delle recidive, e qualunque di esse po-

trà determinare, o una nubecola della cornea, oppure un ascesso, o l'ipopio; ed in qualche caso rarissimo ecciterà una vera corneitide (vedi tav. I. fig. 2. 3.).

Se la cornea è attaccata saremo più sicuri della natura del male.

§. 6. Allorchè la cornea si troverà alterata superficialmente vi sarà una ragione di più onde riguardare l'oftalmia come scrofolosa; e purchè s'impieghi a tempo la cura, che indicherò più sotto si otterrà una felice guarigione; per quanto il comporta lo stato dell'ulcere.

Indizii della nubecola, e cure tentate per l'ulcere.

§. 7. La nuvoletta, che risulta da linfa versata fra le lamine della cornea, oppure sotto alla congiuntiva corneale si dissipa facilmente; e taluni chirurghi avendola confusa col leucoma hanno dato credito a varj rimedj locali, che sono inutili tanto pel leucoma; come per lo stafiloma; questo vizio della cornea si riconosce perchè detta membrana nella nubecola non perde affatto la sua regolare forma, e levigatezza, ed è offuscata; ma lascia trasparire alcun poco l'iride, e la pupilla, in cotal guisa che sembra color cinereo, o piombino, e non già bianca, ed argentina, come lo sono le cicatrici; di più queste ultime sono formate da un tessuto fibroso (vedi tav. I. fig. 6. e fig. 8.).

Varie alterazioni della cornea.

§. 8. Se lo stadio acuto dell'oftalmia scrofolosa congiunta a nubecola non venga curato, sarà facile, che la linfa sparsa per entro alla cornea si aumenti, e degenerando dia principio all'ascesso, o all'ipopio perchè si è aperto dentro la camera anteriore; se l'ascesso apresi al di fuori formasi l'ulcere, che suol dare origine allo stafiloma esulcerato, all'ernia dell'iride, ed anche allo stafiloma semplice albuminoso (vedi tav. I. fig. 3. 4 e 5.).

Degenerazioni stazionarie.

§. 9. Tutte queste degenerazioni dell'oftalmia scrofolosa non sogliono facilmente distendersi, e quasi sempre l'ipopio rimane stazionario, e si può risolvere mediante l'opportuna cura, nè le ulceri si allargano, che assai lentamente.

Se le cause morbose portano recidive, ne viene la cecità.

§. 10. Se però le cure inopportune, e la continua impressione delle cause morbose facciano avanzare il male, e dieno luogo a frequenti recidive l'ulcere si distende, ed il leucoma, lo stafiloma, o l'ernia dell'iride giungono a portare la cecità; e deformità dell'occhio.

Metodo curativo.

§. 11. Il metodo curativo si riduce all' applicazione frequente di una, o due mignatte in vicinanza dell' occhio, io d' ordinario ne faccio applicare una ogni tre giorni, alternando, cioè una volta alle tempia, ed un' altra volta sopra il sacco lagrimale, ed avviso il mio infermo, o gli assistenti essere di grande utilità, che dopo cadute le mignatte, si lasci sgorgare il sangue finchè ristagni da per se; non sono stati rari i casi in cui le madri per timidezza abbiano chiusa l' uscita al sangue, ed io l' ho conosciuto all' indomani perchè nel guardare gli occhi mi sono avveduto, che non erasi ottenuto quel vantaggio, ch' io m' aspettava. Non sono alieno dal credere, che allorquando la mignatta ha determinata l' uscita del sangue sorga ne' vasellini prossimi alla ferita un movimento, il quale determini una circolazione abbondante, e che nel chiudersi l' apertura si determini un regurgito sull' occhio e ciò dia luogo ad un novello afflusso. Dimostra assai dannosa quella timidità delle madri il vedere che rinnovandosi l' applicazione delle mignatte e lasciandolo sgorgare la calma desiderata subito ha luogo.

Spiegazione riguardo all' assorbimento che si nota dopo mitigata l' irritazione.

§. 12. Quasi sempre l' emissione locale di cui parlo ha bastato per dissipare l' ipopio, l' ascesso, o la nuvoletta, ed ha fatto svanire i due segni d' irritazione in poche ore, io non credo, siccome taluni colleghi hanno pensato, che le mignatte dieno attività maggiore ai linfatici; ma bensì, che togliendosi l' irritazione del sistema sanguigno e sieroso cessi il concorso della linfa entro la cornea e dopo ciò per l' azione consueta del sistema sorbente vengano a dissiparsi i materiali, i quali formavano l' ascesso, l' ipopio, o la nubecola.

Uso del mio laudano.

§. 13. L' altro rimedio locale, che riesce di una utilità costante nell' oftalmia scrofolosa è il laudano concentrato. Nei primi giorni uso di portarne una goccia ogni 24 ore entro le palpebre mediante un penellino, e poi ne applico due, ed aumento fino a quattro goccie, una ogni sei ore. Ho sperimentato varie altre sostanze e varie preparazioni oppiate; ma nessuna mi ha calmato l' infiammazione con eguale prontezza.

Si lavino gli occhi con collirio aromatico.

§. 14. In tempo di queste cure ordino che non si lavino gli occhi usando sostanze mollitive; ma piuttosto con decozione di camomilla, o di fiori di sambuco mescolata con vino bianco a parti eguali.

§. 15. Alla cura locale unisco l'interna quando il male sia grave. Se l'infermo abbia segni di scrofole degenerate anche su altre parti del corpo uso di prescrivere un acino di calomelano ogni sera con qualche decozione de' legni indiani, e poi lo zolfo dorato di antimonio a dose di un acino al giorno, e decozione di china china. Cure interne ne' casi di scrofole.

§. 16. Se vi è congiunto vizio erpetico raccomando sciroppo di jacea (viola tricolor), o di salsa perilla, e nella primavera l'infusione di fumaria, la polvere di ramarro, oppure le carni di vipera, che vennero usate con vantaggio da me, e da altri miei colleghi. Ne' casi più complicati poi abbiamo ottenuto guarigioni assai felici e costanti dal Rob di Lafecteur, che amministro come ci viene da Parigi facendo bere in tutta la giornata decozione di salsa perilla all'infermo, talchè ne consumi circa un' oncia e mezza ogni 24 ore, ed una bottiglia di rob in sette giorni, questa cura suol durare da quaranta giorni a due mesi. Cure ne' casi di vizio erpetico o di grave complicazione.

§. 17. In qualche caso ho anche fatto prendere nell' autunno l'acqua seconda di calce, e nella primavera susseguente l' acqua di catrame ed il brodo di vipera, ed ho visto consolidarsi la salute di taluni infermi, i quali presentavano suppurazioni alle ghiandole del collo, e perdite di porzioni d' ossa. È stato così pronto, e costante il buon successo di queste cure, che sebbene io non conosca i componenti del Rob, e quantunque l' uso dell' acqua di calce, e della vipera sappia di rancido, non posso altro fare, che raccomandarle caldissimamente. Cure sperimentate utili.

§. 18. Quando l'oftalmia scrofolosa esista da lungo tempo, e si riconosca esser degenerata, perchè si trovino ulceri aperte nella cornea, si vedrà esser questa molto ostinata, e le ulceri si chiuderanno a stento dando origine a frequenti recidive; in questi casi le nostre cure dovranno esser dirette principalmente a far che si chiudano le ulceri come spiegherò più sotto. Direzione delle cure nell' oftalmia degenerata.

§. 19. Crederanno i sistematici che l'oftalmia esistendo da lungo tempo non possa più riguardarsi, come acuta e non vorranno far uso delle mignatte, eppure anche in questo stato, purchè appaja sull' occhio o linfa o sangue copioso, ho sempre ritratto molta utilità da questa emissione di sangue, la quale non parmi agire tanto Utilità delle evacuazion sanguigne anche nello stato cronico.

come deprimente, ma perchè giova a diminuire il movimento del sangue quasi direi meccanicamente e sul luogo affetto.

Anche nello stato cronico sono riuscite utili le sanguisughe.

§. 20. Tanto ciò è vero, che in molti casi di oftalmia scrofolosa cronica in cui le recidive mancavano da gran tempo l' occhio non era più rosso, e non presentava intolleranza di luce. Ho veduto nella clinica rischiararsi la cornea e restringersi le ulceri colla semplice applicazione delle mignatte quantunque avessi per qualche giorno ommesso a bella posta di applicare il laudano.

Cura delle ulceri.

§. 21. Ma le ulceri riescono sempre difficili a curarsi principalmente nello stadio cronico, ed io credo che ne sia principal motivo una mancanza dell' attività necessaria per determinare l' infiammazione adesiva, come anche molto dipende dalla mobilità della loro superficie, che si agita, e si scompone ad ogni mossa dell' occhio, e qualche volta lo impediscono certi vassellini sanguigni, i quali sonosi sviluppati nel corso dell' oftalmia acuta, e vanno al centro dell' ulcere ad aprirsi, e mandan fuori una materia quasi saniosa.

Metodo per la cura delle ulceri.

§. 22. Questi sono i dati sui quali ho determinato il metodo curativo delle ulceri, che mi è riuscito sempre felice per quanto il comportava la estensione loro. Consiste adunque il trattamento locale nell' applicazione delle sanguisughe anche ripetuta una o due volte la settimana, e del laudano due, o tre volte ogni 24 ore, fino a sei, nè ho trovato rimedio locale più atto di questo allorchè vi sia qualche residuo di attività infiammatoria; in questo stato la pietra infernale eccita un' irritazione che non cessa prontamente, e non può quindi essere applicata sennon di rado; mentre il citato rimedio si può replicare sovvente, giova per altro applicarla sulle ulceri una volta ogni settimana, e lavare subito l' occhio col pennello intinto di laudano, il quale diminuisce l' irritazione molto più sollecitamente, che non fà il latte, o l' oglio, o altre sostanze mollitive; vediamo restringersi il contorno dell' ulcere, ed i vasellini, che la nudriscono con questo rimedio, anche usato solo.

Recisione de' vasi varicosi in taluni casi.

§. 23. Se però l' oftalmia è molto inveterata e questi vasi sieno grossi, allora io sono solito afferrarli assieme colla congiuntiva passandovi un' ago al disotto, e tirandoli con un doppio filo gli

recido mediante con un colpo di forbici. Ciò non riesce bene se l' oftalmia è acuta o nel principio dello stato cronico poichè si eccita una infiammazione, che produce gran numero di vasellini sanguigni sottili, i quali vanno a gruppi nel fondo dell' ulcere; ma riesce ottimo espediente nello stato cronico, e basta sovvente a determinare la guarigione dell' ulcere.

Uso della pietra, e dei sacchetti discuzienti.

§. 24. Quando poi non vi sia quasi più traccia dell' oftalmia e l' ulcere veggasi granulosa estesa, e profonda talchè ad ogni mossa dell' occhio ondeggi la sua superficie; allora se il laudano, e qualche applicazione del nitrato d' argento non abbia giovato, bisognerà toccarla più fortemente col detto nitrato, e lavar l' occhio come ho spiegato, e poi subito chiuder le palpebre colle striscie di drappo gommoso, e di sopra vi si metteranno sacchetti discuzienti caldi, e secchi, i quali si fanno di velo e si riempiscono con fiori di camomilla, e canfora. Non è raro, che questo metodo mi abbia portata la guarigione di ulceri che esistevano da più di un' anno.

Taglietti sull' ulceri utili.

§. 25. Se però nemmen questo riuscisse, allora io pratico due o tre taglietti sull' ulcere mediante un' ago lanciato, e penetro tanto da vuotare l' acqueo; questo metodo mi è riuscito principalmente in certi casi, ne' quali l' occhio pareva sanissimo, e vi era come una contusione, o cavità sul luogo dell' ulcere essendosi guarita la congiuntiva della cornea apertasi pel vuotamento dell' ascesso di questa membrana; questa cura mi venne suggerita dall' avere osservato come guariscano prontamente dette ulceri quando venga reciso lo stafiloma esulcerato, o l' ernia dell' iride. In tutti questi casi il taglio eccita un' infiammazione adesiva salutare, ed il vuotamento dell' acqueo, e la occlusione delle palpebre servono a mantenere quieto l' occhio, ed avvicinati i margini della ferita, che sempre sono esulcerati; e così si ottiene una salutare cicatrice.

L' oftalmia suol curarsi in breve se l' umidità non l' alimenta.

§. 26. L' oftalmia scrofolosa curata nel modo or ora spiegato suole a poco a poco diminuirsi, talchè non oltrepassa quasi mai la durata di 40 giorni, se l' infermo non si trovi sottoposto all' influenza di cause morbose, e principalmente se sia bene alloggiato. Quando fosse esposto all' aria umida le recidive, possono moderarsi mediante le applicazioni delle mignatte, e coll' evitare l' umidità.

L'ernia, e lo stafiloma devesi prontamente recidere.

§. 27. Allorchè vi sia lo stafiloma incipiente sarà utilissimo determinarsi a portar via queste parti rialzate appena si fanno vedere ed ho osservato con meraviglia, che basta reciderle da bel principio, e si ottiene la calma pel vuotamento dell' acqueo, purchè tengasi l' infermo nella quiete, e colle palpebre chiuse, talchè io pratico questa operazione anche allorquando l' oftalmia trovasi nello stadio acuto; e molte volte ho potuto distruggere lo stafiloma incipiente, e preservare l' occhio dalla totale rovina, il che vedesi rappresentata tav. I. fig. 8.

CAPO XV.

Oftalmia reumatica sifilitica, ossia degnerata per causa di sifilide.

Le malattie si sviluppano più gravi ne' sifilitici.

§. 1. È noto, che ogni malattia la più semplice diventa grave, e complicata in coloro, che sono travagliati da interna sifilide, e ciò osservasi quando un' oftalmia reumatica semplice incomincia ad attaccare un uomo affetto già da sifilide, si riconosce questa condizione morbosa dal contagio preceduto, dolori osteocopj, emaciazione, e pallore, con digestione alterata, esostosi, e vizj erpetici, o ulcerosi.

Segni che servono a far riconoscer la sifilide.

§. 2. Notasi che il mercurio non è stato amministrato o che se ne è fatto troppo scarso uso, e già qualcuno de' citati disordini si sarà presentato prima dell' oftalmia reumatica, la quale facilmente degenera in oftalmoblenorrea, oppure determina lo sviluppo di un' iritide, che produce secrezione di pus, e quindi formasi l' ipopio, o hanno luogo le interne infiammazioni.

Segni dell'iritide.

§. 3. Quando incomincia l' iritide la pupilla si fa eccentrica, l' iride si fa rossa in qualche parte (vedi Tav. VIII. Fig. 2 e 3.) e si nota lagrimazione copiosa, intolleranza di luce, e dolori al contorno dell' orbita, particolarmente in tempo di notte, qualche volta però l' infermo non accusa che un senso di peso all' occhio ed al contorno dell' orbita, dove sono i principali nervi del quinto pajo, oppur delle stirature; ma sempre la pupilla è fuori del cen-

tro , qualche volta il suo margine diventa angoloso , e poi sorgono degli ascessi nel tessuto di essa, i quali da ultimo si aprono, e danno principio all' ipopio , altre fiate il pus esce fuori dall' interna superficie dell' iride, e và a cadere sulla membrana acquea, poi entra nella camera anteriore passando per la pupilla (vedi Tav. IV. Fig. 4. Tav. VIII. Fig. 3.).

Si forma la cateratta spuria.

§. 4. In questi casi si forma facilmente una cateratta spuria più, o meno densa che porta sinizesi , ancorchè il pus venga assorbito per effetto di cure opportune a troncare il corso infiammatorio.

Cure per questa iritide.

§. 5. Questa iritide può curarsi felicemente mediante l' applicazione delle sanguisughe ripetuta finchè l' infiammazione cessi e non più si rinnovi. Riesce di un' utilità mirabile l' amministrazione del sublimato corrosivo per bocca secondo le norme di Wanswieten ; giova anche applicare al contorno delle palpebre e dell' orbita una pomata composta p. e. con due dramme di grasso un acino di sublimato e due acini di oppio tebaico, e con questa l' infermo si ungerà mattina , e sera nel contorno dell' orbita.

Il laudano è dannoso, lo josciuamo è utile.

§. 6. Ho notato che in questi casi l' applicazione del laudano all' occhio riesce dannosa, come anche le bagnature fredde, e che ogni sera è utilissima precauzione il dare per bocca qualche acino di estratto dello josciamo.

CAPO XVI.

Della oftalmia idrargirica grave.

Effetti dell'oftalmia idrargirica grave.

§. 1. Questa specie quantunque possa talvolta degenerare in oftalmoblenorrea, come ho spiegato (lib. II. pag. 52.); non di rado incomincia sotto l' aspetto di oftalmia reumatica semplice , e poi si propaga all' iride , e dà origine all' iritide idrargirica, altre volte rimane nella congiuntiva senza distendersi alle ghiandole meibomiane , ed altera soltanto la superficie della cornea determinando un panno su questa membrana a cagione della attività morbosa in cui si mettono i vasi sanguigni della congiuntiva , e tutti i loro vicini , che formano il tessuto vascolare della cornea.

Sintomi di questa iritide.

§. 2. L' iritide idrargirica non differisce però ne' sintomi, e nella sua sede, ed apparenza dall' iritide sifilitica all' infuori, che suol essere molto grave, e di più lunga durata nello stadio infiammatorio, e che i vasi della congiuntiva ad un esperto pratico appariranno di un rosso più vivace (vedi tav. IV. fig. 3. e 4.).

Cura dell' iritide idrargirica.

§. 3. La cura locale consisterà principalmente nelle bagnature con soluzione di estratto della Belladonna e nell' applicazione di due, o tre sanguisughe, come nell' altra iritide, e queste si dovranno riapplicare per quante volte apparisca indizio di recidiva; internamente si daranno purganti salini nella mattina, e pillole di josciamo nella notte, e subito ottenuta la prima calma si dovranno amministrare copiose decozioni di salsa perilla, e meglio poi di tutto Rob antisifilitico di Lafecteur senza omettere le copiose decozioni di salsa.

Anche nell' oftalmia questi rimedj sono stati utili.

§. 4. Questo metodo mi è riuscito tanto se la grave oftalmia idrargirica avea portato l' iritide, come quando avea occasionato il panno della cornea; e sempre l' uso del mio laudano è riuscito dannoso ne' primi periodi, talchè ho potuto unicamente applicarlo quando erano passati due mesi e più dall' invasione del male, essendo la congiuntiva poco iniettata, e la tinta de' suoi vasellini divenuta pallida tendente non già al color di porpora, ma al color di vino (Vedi Tav. XI. Fig. 3. 4.).

Quando si potrà usare il laudano, e la pomata.

§. 5. Quando l' oftalmia presenta queste condizioni, e che i dolori sono interamente calmati giova usare il laudano principalmente se vi è panno della cornea. Allorchè si troverà sana la cornea e che le ghiandole di meibomio non sieno alterate non occorre fare uso del laudano, nè della pomata di janin, e questa pure non dovrà applicarsi che nell' ultimo stadio cronico; ma bisognerà usare i rimedj interni, e le emissioni di sangue principalmente locali, e bagnare le palpebre coll' infusione di estratto di Bella Donna, e poi introdurvi qualche goccia della soluzione di nitrato d' argento, una ed anche due volte in ogni 24 ore.

CAPO XVII.

Dell' oftalmia artritica, e sue degenerazioni.

§. 1. Ne' soggetti artritici, e principalmente nelle donne quando la mestruazione và a cessare per l' età, e negli uomini avanzati, se abitano luoghi umidi, sotto l' azione delle cause reumatiche o biliose il sangue monta al capo, e contemporaneamente si sviluppa un' oftalmia la quale sebbene sembri semplice nel suo cominciare, è oltre ogni credere ostinata, ribelle, e pericolosa. Cause dell'oftalmia artritica.

§. 2. È stata chiamata *artritica* perchè nella cura bisogna tener di mira la condizione artritica dell' infermo, e perchè fa maggior rovina negli occhi de' podagrosi, ed in quelli sottoposti a reumi ribelli, che in tutti gli altri. Perchè si nomini artritica.

§. 3. Essa si limita da principio alla congiuntiva in apparenza, ma dà sviluppo a molti vasellini sanguigni, che ricoprono tutta la sclerotica in guisacchè prende il carattere di una vera sclerotitide, la tinta de' vasellini non suole essere molto rossa, ma di un colore tendente al rosso del vino; la lagrimazione è abbondante, l' occhio è dolente, e bene spesso vien separata una picciola quantità di muco che si può vedere sul margine delle palpebre e che porta un aspetto particolare (vedi tav. V. fig. 1.). Caratteri di questa oftalmia.

§. 4. Io mi sono avveduto da tre anni in quà che in tutte le oftalmie le più ostinate si raccoglie sul margine palpebrale un pò di muco di qualità singolare, che non è nè giallo, nè verdastro, ma di un bianco matto. Muco osservato in queste oftalmie.

§. 5. Il muco dell' oftalmoblenorrea, e del flusso palpebrale è gialliccio, o verdognolo, ed ha una semitrasparenza, ma questo è propriamente della tinta bianca matta della ricotta, o della calce bagnata, e non si osserva, che in pochissimi casi, ed in picciolissima quantità. Aspetto di questo muco.

§. 6. L' oftalmia artritica talora si riconosce per una vera *sclerotitide*, ed alle volte degenera in *iritide*, e può anche determinare l'ipopio, e lo stafiloma totale della cornea, oppure il panno, o la coroiditide, o la infiammazione della retina portandosi Degenerazioni osservate.

alle parti interne dell' occhio , ed eccitando violente infiammazioni fin nel vitreo ossia la *jaloiditide*. (Vedi Tav. IX. Fig. 4.).

Opacità del vitreo, e sue parti vicine.

§. 7. Questa si limita il più delle volte a determinare una cronica , e quasi impercettibile infiammazione delle parti profonde dell' occhio da cui risulta , o l' amaurosi , o il glaucoma , che ho detto essere l' offuscamento dell' umor vitreo, perchè o le sue cellule , o la jaloide infiammate lentamente diventano fosche , ed opache ; oppure la cateratta si forma oscurandosi la casula.

Degenerazioni dell'oftalmia semplice.

§. 8. Non occorre ch' io descriva quì le degenerazioni dell' oftalmia semplice citate più sopra e basterà dire che in questi casi la congiuntiva palpebrale mai trovasi alterata , che se nò avrebbe luogo l' oftalmoblenorrea , l' iritide , l' ipopio , lo stafiloma , il panno , e la coroiditide avranno que' caratteri , che ho di già descritti più sopra. Resta solo , ch' io parli de' caratteri , e andamento della sclerotitide , la quale sorge frequentemente da questa oftalmia.

Vasellini che si osservano sulla sclerotica.

§. 9. Allorchè la sclerotica è infiammata si vedono de' gruppi di vasellini per lo più d' un rosso giallastro , che sorgono sulla sclerotica , come se fossero piccioli cistici , quà e là sparsi , e la congiuntiva vi passa sopra e si muove nelle varie mosse dell' occhio , e delle palpebre facendovi correr sopra i vasellini sanguigni suoi proprj senza cambiare il sito de' gruppi vascolari.

Sensazione che accusa l'infermo.

§. 10. Nel principio l' occhio non è dolente , e l' infermo non accusa, che un dolore cupo del globo in que' momenti, ne' quali lo agita , come se andasse a battere contro un corpo duro.

Aumento della sclerotitide.

§. 11. Se la *sclerotitide* cresce, allora si aumentano i nodi vascolari , e di numero , e di densità ; e si sviluppano dolori cupi , e profondi nel globo dell' occhio (vedi Tav. VII. Fig. 2. 3. 6.) e non di rado si formano piccioli stafilomi della sclerotica.

Cura della sclerotitide.

§. 12. La cura principale consiste nelle solite applicazioni delle sanguisughe ripetute sovente , e nell' uso del laudano localmente. La cura interna deve esser regolata secondo il grado dell' artritide , e secondo la stagione. I purganti drastici sono spesso utili sul cominciare del male ; se vi sono dolori nella notte si calmeranno coll' estratto di josciamo internamente dato , o colle goccie antiartritiche dell' Heller , l' uso copioso dell' oppio , la corteccia

di guajaco, e la gomma di questo legno saranno anche rimedj di grande utilità, qualche volta le polveri di james mi son riuscite di sommo vantaggio, e quasi sempre il calomelano.

Cura dell' iritide artritica.

§. 13. Nell'iritide artritica uso gli stessi rimedj raccomandati al capo XVI. §. 3. e proibisco il laudano, che non lo adopero neppure nelle croniche infiammazioni della coroidea, o della jaloidea, o della retina; ma in questi casi ho ottenuto molto vantaggio dall' agopuntura alle tempia, e dal setone alla nuca; come anche dalla pomata ammoniacale di Gondret al sincipite.

Uso de' bagni minerali, ed a vapore.

§. 14. Se la stagione è propizia gioverà amministrare le acque minerali solforose, ed anche i bagni caldi con idrogeno solforato, onde porre in attività la cute, giovano talvolta anche nell' inverno i bagni solforosi a vapore, l' esercizio di corpo, ed un' abitazione secca e riparata perfettamente dal freddo, e dall' umido.

Questa attacca le parti profonde.

§. 15. Questa infiammazione è così grave, e pericolosa ch'essa facilmente determina un vizio nelle parti interne, e non così tosto l' iride vedesi alterata, che già la retina comincia a soffrire, e perciò se arriva a determinare la sinizesi, e cateratta spuria, quasi sempre vi è anche battito delle palpebre o strabismo, segni che la retina o tutta, o in parte trovasi in istato di paralisi.

Se il vitreo o la retina sono viziati il male è spesso incurabile.

§. 16. È raro il caso in cui l' oculista venga chiamato a tempo d' impedire l'amaurosi, o il glaucoma subitochè sieno incominciati a mostrarsi gl' indizj di paralisi, oppure quella tinta giallastra, e color di acqua marina per entro alla pupilla, che suole essere propria del vitreo alterato, ossia del glaucoma (vedi Tav. VIII. Fig. 5.).

La congiuntiva non si vede ingrossata, nè rossa.

§. 17. In generale osserviamo, che questa oftalmia non rende molto rigonfiata nè la congiuntiva nè le palpebre, ma i vasi sanguigni che si sviluppano sono ordinariamente assai grossi, e di una tinta rossa vivace, che conservasi anche nello stato cronico, e bene spesso danno origine a certe macchie blò nella sclerotica dipendenti da sviluppo de' vasi spettanti alla sottoposta coroidea (vedi Tav. VIII. Fig. 4.).

CAPO XVIII.

Dell' oftalmia erpetica, e psorica.

Degenerazione osservata negli erpetici e psorici.

§. 1. Da quanto ho esposto s' intende, che l' oftalmia semplice può degenerare ne' sifilitici, ne' scrofolosi, ed in coloro, che patiscono l'idrargirosi, o l'artritide, e similmente essa degenera negli erpetici, e ne' psorici, vale a dire in quegli individui che hanno sofferto per lungo tempo, o qualche erpete, o la scabbie.

Gradi di alterazione.

§. 2. In questi casi l' oftalmia o determina la secrezione del muco bianco, o prende carattere di una sclerotitide, o di una corneitide, oftalmie sempre difficili a curarsi.

Cure sperimentate opportune in questi casi.

§. 3. Sarà opportuno amministrare sciroppo della diacea, o di cicoria, infusione della fumaria, succo di crescione, e di pampini della vite, o siero, e quando vi sia stata la scabbie gioverà amministrare fiori di zolfo, e decozione dell' erba detta lingue di vacca, ossia lapazio. Gioveranno anche i bagni solforosi a vapore, ed i bagni minerali solforosi. Ne' casi di erpete preceduta, non posso abbastanza lodare il brodo, e le carni di vipera, o di ramarro tanto fresche come secche; ed anche le polveri di carne di vipera in dose di mezza dramma con salsa polverizzata dramma una, ed antimonio crudo mezzo scrupolo, le quali si ripetono ogni mattina.

Nella sclerotitide prende una forma singolare.

§. 4. Quando l' oftalmia prenda forma di sclerotitide darà luogo ai fenomeni descritti più sopra.

Il vizio si determina alla cornea.

§. 5. Altre volte invece l' oftalmia non sembra molto grave, ma determina un fatale offuscamento della cornea, e vi si osserva una nubecola, e molto spesso veggonsi delle macchiette giallognole (vedi Tav. VIII. Fig. 1. 2.), che la ingombrano.

Chiamasi corneitide.

§. 6. In questo caso l' oftalmia non è molto manifesta; ma reca leggiero incommodo sensibile, nel mentre che ingombra la vista in un modo pericoloso, ed io la chiamo perciò corneitide essendo la cornea l' organo principalmente alterato, nè la congiuntiva o la sclerotica veggonsi molto iniettate.

Aspetto della cornea.

§. 7. Anzi ho veduto in molti casi sorgere l'offuscamento della cornea senza veruna manifesta alterazione della congiuntiva, e qual-

che macchietta diventava giallognola, che guardata col microscopio sembrava essere un risultamento di vasellini in cui circolasse invece di una linfa diafana, una linfa densa, ed opaca, o giallastra.

§. 8. La corneitide se non viene curata in tempo determina una iniezione morbosa di sangue entro la cornea, ed un aumento di volume o il panno, e quindi anche la totale degenerazione della cornea in uno stafiloma. Alterazioni consecutive.

§. 9. Ne' casi di corneitide mi è sempre riuscita di qualche utilità la evacuazione sanguigna fatta per mezzo di due, tre, ed anche quattro sanguisughe applicate contemporaneamente. Amministro per bocca il calomelano a forti dosi, io non saprei spiegare come questo rimedio porti una evidente utilità sennonse giudicandolo atto a calmare quel movimento infiammatorio, che talvolta osservasi nelle estremità de' vasellini sanguigni, i quali sono per entro agli organi contenuti nella testa. Cura della corneitide.

§. 10. Ancorchè non vi fosse affatto indizio di contagio venereo il calomelano ne' casi di corneitide è stato il rimedio, che ha determinato un pronto, e costante miglioramento, e questa specie di oftalmia quantunque la osservassi talvolta negli scrofolosi, e dovessi curarla nello stesso modo, il più delle volte l'ho veduta negli erpetici, e psorici ed ho notato, che quasi sempre incontrasi ne' giovani, non già ne' vecchi, o ne' bambini assai teneri. Utilità del calomelano in tutt' i casi.

CAPO XIX.

Dell' oftalmia clorotica semplice, e degenerata con forma, o di sclerotitide, o di corneitide.

§. 1. È commune osservazione il vedere, che nelle donne clorotiche, ed in molte di quelle, che potiscono irregolarità de' mestrui l'oftalmia semplice recidiva si fa grave all' epoca della mestruazione, talchè i medici appoggiandosi a queste osservazioni di fatto sostengono che venendo eccitata l'oftalmia dal movimento interno della macchina, mai potrà questa curarsi co' rimedj locali; ma sempre cogl' interni atti ad equilibrarne i movimenti. L'oftalmia si fa grave nelle clorotiche all' epoca della mestrazione.

Utilità delle preparazioni marziali.

§. 2. Ciò non di meno un gran numero di queste oftalmie consenzienti colla mestruazione sono state da me curate mediante le sole sanguisughe, ed il mio laudano; sono per altro ben persuaso che l'uso interno delle preparazioni marziali e singolarmente della tintura di Lemery, o del ferro porfirizzato debbano molto coadiuvare in simili casi, per la qual cosa io le prescrivo, e se la stagione è opportuna raccomando altresì l'uso interno delle acque marziali minerali, o artefatte.

Età in cui facilmente degenera.

§. 3. Ma allorchè degenera l'oftalmia clorotica essa viene aumentata o nelle giovanette dopo la pubertà, o nelle femmine giunte all'età critica, ed in questi casi talvolta prende aspetto di sclerotitide, altre fiate quello della corneitide, e nel primo caso dovrà esser curata come un oftalmia clorotica grave, e nel secondo non si dovrà trascurare di prescrivere il calomelano nella dose di un' acino a 3. per giorno, moderandone la dose secondo i temperamenti, il clima, e la stagione; localmente si userà il laudano, e l'applicazione delle mignatte.

Coroiditide clorotica.

§. 4. L'oftalmia clorotica principalmente nelle giovanette isteriche mostra una tendenza a degenerare attaccando la coroidea, e sembra, che il sangue passi dal tessuto della congiuntiva a quello della coroidea, e vi porti un' infiammazione.

Segni di essa.

§. 5. I segni, che si presentano sono arrossimento poco notabile alla congiuntiva, lagrimazione, intolleranza di luce, e dolori nella parte più profonda dell'occhio, e nell' orbita. Questi indizj vanno accompagnati bene spesso da un color nero cupo nel fondo dell' occhio con macchie rosse, e pupilla dilatata; qualche volta anche l'iride acquista un color rosso come fosse irrigata da vasi sanguigni (vedi Tav. VIII. Fig. 4 e 1.) e la coroidea diventata assai fosca traspararisce al disotto della sclerotica (vedi Tav. VIII Fig. 4, e Tav. IX Fig. 1.).

Utilità delle sanguisughe.

§. 6. In questi casi le sanguisughe applicate nel solito modo, e rinnovate sovvente arrecano molto vantaggio, il laudano è inutile, l'oppio, ed i bagni come rimedj interni diretti a calmare il sistema nervoso, e sanguigno sono utili. In molti casi di traspirazione soppressa ho altresì impiegato le polveri di james, ed altri antimoniali, di quando in quando le purghe arrecano sol-

lievo, e sopratutto il calomelano la mattina, prescrivo l'estratto di josciamo pei nervi la sera dovendosi spesso variare le interne medicine, ed anche ricorrere all' etiope vegetabile ai piediluvj, o semicupj la sera.

§. 7. Ottenuta la prima calma riesce utile amministrare le preparazioni marziali particolarmente la tintura di Lemery, ed anche mi è stato vantaggioso dare l' assafetida, il cinabro artificiale, ed i fiori d' arnica, onde calmare i nervi, e regolare la mestruazione, anzi nella convalescenza le acque minerali marziali, ed i bagni minerali vennero usati con molta utilità, ed in questo stadio il laudano applicato alla congiuntiva pare compiere bene la guarigione. Debbonsi però usar prontamente le citate cure, che in caso contrario la retina si altera, ed in poche ore ne risulta un' amaurosi organica incurabile, qualunque volta l' infiammazione non sia stata troncata colle sanguisughe, col calomelano, semicupi, o stimoli applicati alla cute, come sarebbe la pomata tartarizzata dello Stark. (Questa si compone del grasso ben lavato oncie tre, Tartaro Emetico ʒjjj s. p. mescola, e fa pomata.

Cure interne marziali.

CAPO XX.

Dell' oftalmia scorbutica, e sue degenerazioni.

§. 1. L' oftalmia semplice degenera, e diviene grave negl' individui scorbutici, singolarmente allorquando l' uomo sia mal nudrito, e passi la vita in luoghi umidi, o poco dominati dal sole.

Degenerazione dell'oftalmia semplice.

§. 2. La congiuntiva in questi casi trovasi riempita piuttosto di linfa, che di sangue, talchè infiammasi senza diventar di un rosso molto vivace, e facilmente la cornea soffre poichè viene esulcerata, e si corrode facendosi granulosa, o lardacea. Hanno luogo ascessi della cornea, e talvolta questi danno anche principio ad un ipopio, o dannoso, o grave.

Molta linfa si versa nella congiuntiva.

§. 3. L' oftalmia scorbutica è difficile a curarsi quando non influisca al bene l' alloggio dominato dal sole, e riparato dall' umidità, e quando non vengano usati dall' infermo tutt' i rimedj, ed il vitto più opportuno.

Cure da usarsi.

Cura dell' oftalmia scorbutica.

§. 4. Amministro in questi casi per bocca lo spirito di cochearia, e le decozioni, o i succhi di piante antiscorbutiche, raccomando il soggiorno in luogo di buon aria, e dominato dal sole, ed applico le mignatte, ed il solito laudano, lavando gli occhi con vino bianco, e decozione di camomilla.

Uso del laudano utile e frequente.

§. 5. Questa specie di oftalmia cede prontamente alla deplezione sanguigna passando a stato cronico, e sopporta che si applichi il mio laudano anche nell' acuzie, e che venga impiegato più fiate in ogni 24 ore. Negli uomini scorbutici le cornee sono sottili, e la congiuntiva rossiccia.

CAPO XXI.

Dell' oftalmia esantematica.

Disposizione lasciata dagli esantemi.

§. 1. Allorchè l' infermo soffre un' esantema rimane nel sistema sanguigno tal grado d' irritabilità per cui le infermità di qualsivoglia organo assumono un carattere grave, così addiviene, che un' individuo, il quale abbia di recente sofferta eruzione vajuolosa, o morbillosa, se per cause reumatiche incontra un' oftalmia questa si fa grave, e degenera prendendo un carattere suo proprio per cui la chiameremo *oftalmia esantematica.*

Catarro, che determina vizio del sacco.

§. 2. Presentasi bene spesso in questi casi un catarro limitato al sacco lagrimale, e questo dà origine alla blenorrea, non che a tutt' i gradi dell' alterazione del sacco (vedi pag. 71. e Tav. III. Fig. 1.).

L'oftalmia semplice degenera.

§. 3. Altre volte sviluppasi invece una oftalmia, la quale da principio attacca la sola congiuntiva, ma poi determina, quando ascessi alla cornea, o nubecola, e vi porta ulceri, e panno; altre fiate essa attacca l' iride, o la coroidea, o anche la retina producendo il fungo ematodes, o la retinitide (vedi Tav. IX. Fig. 1. e 4.)

La vajolosa altera i nervi dell' occhio.

§. 4. L' oftalmia morbillosa rarissime fiate porta l' iritide, ma la vajuolosa ha una tale disposizione ad attaccare le parti interne dell' occhio, che facilmente induce l' iritide, e bene spesso, an-

che senza manifesta coroiditide determina qualche vizio alla retina, per cui ne' casi di atresia prodotta dal vajuolo osserviamo un grado notabile di vizio ai nervi, ed i segni dell' ambliopia, che sono battito delle palpebre, ed anche la ondulazione del globo dell' occhio (vedi lib. II. pag. 136.).

Rare fiate l'oftalmia esantematica si osserva nel corso dell'eruzione.

§. 5. Io mi era immaginato, che tutte le oftalmie esantematiche attaccassero gli occhi nel corso dell' esantema, ed invece ho notato in pratica, che questo caso è rarissimo, quantunque prima dell' eruzione gli occhi si mostrino irritati, ma se ciò ha luogo per qualche singolare predisposizione, essa prende quasi sempre un carattere assai grave con ascessi della cornea, e sorge l'oftalmoblenorrea, oppure l' iritide con ipopio, o s' infiamma la coroidea, ed anche la retina (vedi lib. II. pag. 137.).

Emissioni moderate se l'oftalmia accompagna il corso dell'esantema.

§. 6. Quando l' oftalmia seguita l' andamento del corso esantematico bisogna contentarsi di moderate emissioni sanguigne, talchè io son solito praticare cinque, o sei taglietti sul margine palpebrale, oppure applico una mignatta alle tempia da cadaun lato, e poi cerco di promuovere quanto più posso l' eruzione mediante la infusione di fiori di sambuco, e dò lo spirito del Minderero, e mi giova l' applicazione della pomata di Starck alla nuca e sulle spalle. Ottenuto questo primo oggetto, se l' oftalmia continua ad essere acuta, amministro il calomelano in dose di tre, o quattro acini ogni mattina, e quando fosse attaccata, o l' iride, o la coroidea, ogni sera ordino le pillole di josciamo, e le replico anche nel corso della giornata; in tutti questi casi non conviene affatto applicare il laudano ne' primi giorni perchè le parti sono facilmente irritabili e basta far cessare questa condizione sfavorevole, la quale talvolta induce in poche ore la totale distruzione della cornea e dell'organo della vista, o per causa di vasti ascessi, o d' ipopio profondo, o per causa d' infiammazione alla coroide e retina, o finalmente per lo sviluppo di una pustula vajuolosa sul neurilema del nervo ottico.

Si procede meglio nella cura dopo il primo periodo.

§. 7. Superato questo primo periodo, oppure trovandoci alla cura ne' casi ordinarj, ne' quali l' oftalmia esantematica sorge lentamente sul finire dell' eruzione possiamo procedere con maggiore sicurezza a praticare le cure spiegate orora.

Cure praticate ne' casi ordinarj.

§. 8. Io d'ordinario applico una sanguisuga alle tempia, e la rinnovo ogni due, o tre giorni ed amministro per bocca il calomelano ogni mattina; se vi sono dolori nel dopo pranzo, e nella notte rinnovo le sanguisughe, e dò le pillole di josciamo; quando poi finito il corso ordinario dell' esantema veggo sussistere uno stato irritativo ad onta delle mignatte, e del calomelano, io porto un movimento revulsivo, dirò così, nella totalità del sistema sanguigno, e cutaneo facendo una copiosa sagnia dal braccio verso sera, ed amministrando all'indomani una dose di tartaro emetico tale da far vomitare l'infermo, e ritornando poi al calomelano, e josciamo.

Si ottiene la calma, e poi si replicano le sanguisughe.

§. 9. In questi casi il movimento revulsivo mi ha sempre determinata la calma ch' io desiderava vedere negli occhi, e che si conosce per la cessazione de' dolori, e di ogni intolleranza di luce, come anche pel colore meno rosso de' vasi iniettati, e per la cessata lagrimazione, in seguito i consueti rimedj riescono utili, e se vi è concorso di sangue alla congiuntiva, o alla cornea riesce utilissimo il mio laudano, che prima avrebbe irritato le parti toccate, e così se vi è difetto alle meibomiane riesce utile la pomata del janin; qualche volta sono costretto di ricorrere alle applicazioni delle sanguisughe, perchè vi sono frequenti recidive, ma in questi casi riccorro all'applicazione della pomata dello Starck sulla nuca, o sulla fronte.

Spiegherò altrove le cure da praticarsi.

§. 10. Se per caso in questa oftalmia fossi chiamato a medicare dopo formate ulceri, stafilomi, o ernie, o altre viziature organiche userei per questi prodotti morbosi la cura, che spiegherò nel trattato dell' oftalmoblenorrea.

Nè casi di alterazioni gravi uso le cure spiegate altrove.

§. 11. Se ha luogo la coroiditide mi regolo come ho spiegato, e così se la fistola passa a suppurazione; se poi l' oftalmoblonorrea si sviluppa, dirò come si possa regolare la cura nel trattato che siegue.

CAPO XXII.

Dell' oftalmia intermittente.

§. 1. Dopo la descrizione delle oftalmie clorotiche, ed esantematiche nessuno potrà dubitare che l'universale stato della macchina influisca sulla località, o portando uno sviluppo morboso quando sia essa viziata, o ponendo l'infermo nell'opportunità di guarirsi, allorchè le funzioni organiche ridotte sieno ad uno stato regolare, io credo bene, che ogni buon medico sarà inchinato a pensare, che gli occhi possono non di rado risentire l'influenza di una febbre intermittente e principalmente allorchè sul cominciar della febbre si arrossiscano, e si facciano dolenti, e lagrimosi.

Influenza osservata del generale sul locale; ed oftalmia intermittente.

§. 2. Abbiamo osservato in qualche caso che la febbre intermittente è stata accompagnata da oftalmia la quale diventava assai grave nell'accesso febbrile e determinava secrezione di pus nella camera anteriore, il quale scompariva col minorar della febbre, e poi si rinnovava, talchè poteva dirsi esistere l'ipopio intermittente.

Ipopio intermittente.

§. 3. In questi casi la cura locale sarà sempre regolata come nell'oftalmia scrofolosa, ma la cura interna verrà diretta a troncare l'accesso febbrile intermittente usandosi secondo le circostanze la china, e nelle più violente il chinino, o altre preparazioni.

Cura locale come nella scrofolosa ed interna cura per lo stato intermittente.

§. 4. Vi sono delle oftalmoblenorree violente nelle quali si osserva ogni sera un periodo morboso grave ma di queste parlerò nel trattato apposito, e non possono dirsi vere intermittenti, mentre il male si aggrava, o perchè l'infermo tiene la testa bassa e gli occhi chiusi, o perchè è stanco dalla luce che nella giornata ha irritati i suoi occhi; o dipende da qualche consenso, ch' esiste fra l'occhio, e gli organi digerenti, ma questo movimento morboso non si toglie mediante l'uso della corteccia peruviana.

Le oftalmoblenorree sembrano intermittenti.

§. 5. Se l'oftalmia intermittente non venisse curata in modo da far diminuire il concorso del sangue nel tessuto dell'organo della vista, e rinforzare la congiuntiva, non basterebbe troncare l'accesso intermittente, che accompagna la febbre e potrebbe aumentarsi l'ipopio in guisa da produrre iritide, o cateratta spuria, o anche distruzione della cornea.

Si deve diminuire l'irritazione e calmare l'intermittenza.

Dove si trovi il laudano concentrato.

§. 6. Il mio lettore avendo inteso citare più fiate nel corso di quest'opera il laudano concentrato avrà desiderio di procacciarlo a suoi infermi, e perchè possa averlo ben preparato non avrà altro a fare, che diriger le sue ricette alla Farmacia Kernot rimpetto al Teatro S. Carlo in questa capitale ove si trova preparato con diligenza, e vien dispensato in bottigline ben suggellate, e coll'approvazione del protomedicato del regno.

Perchè abbia dovuto prendere questo espediente.

§. 7. Ho insegnato a varj farmacisti negli anni passati la ricetta di questo laudano; ma come veniva spedito in vasi non sugellati spesso il rimedio trovavasi dopo poche settimane di tanto alterato, che o irritava quanto lo farebbe il laudano dello Sidenam, e la soluzione oppiata della farmacopea di Londra, o altre preparazioni conosciute, o non poteva dissipare la linfa dalla cornea, come se si fosse applicato agli occhi semplice acqua, e vino, e per questa ragione ho voluto render sicuro il pubblico della preparazione invigilando io medesimo, e trovandomi un attento e diligente preparatore, il quale conserva, e dispensa con buone avvertenze un rimedio così utile per le oftalmie siccome ho spiegato.

Il pubblico sarà servito con diligenza.

§. 8. Nè i compagni debbono sapermi malgrado di questo espediente, e nemmeno il pubblico perchè si provvede in questo modo alla precisa amministrazione di un rimedio che se non è ben preparato riesce dannoso, o almeno inutile.

CAPO XXIII.

Dell' oftalmoblenorrea.

Perchè sia grave.

§. 1. Questa specie è più grave dell' oftalmia perchè attacca più parti, e le altera profondamente, infatti oltre la congiuntiva si trovano infiammate, anche le ghiandole di meibomio, le materie separate da esse sono molto acri, e l'occhio non tollera la pomata, che nell' ultimo stadio della malattia.

Incomodità osservate al principio.

§. 2. A principio l' infermo non accusa che qualche pungitura, e difficoltà di aprire le pâlpebre, in seguito si aumenta la secrezione blenorroica, le pungiture, ed il bruciore.

§. 3. Allora l' oftalmoblenorrea giugne al grado di chemosi , e la cornea quantunque resti diafana si trova infossata perchè trovasi rialzata la congiuntiva che spetta alla sclerotica (Vedi Tav. IV. Fig. 3.). Grado di chemosi.

§. 4. Le materie raccolte facilmente degenerano , divengono irritanti e corrosive talchè si formano ulceri , o ascessi entro la cornea , l' occhio diviene pulsante , ed il sangue penetra fin dentro i vasi sierosi della congiuntiva che veste la cornea , versa della linfa nel suo tessuto , e questa degenera , e forma anche novelli ascessi. Da ciò risulta il panno (Vedi Lib. I. pag. 72.) accompagnato da nubecola , o da piccioli ascessi , o da ulceri. Materie raccolte sulla cornea.

§. 5. Questo è il corso più commune dell' oftalmoblenorrea trascurata , che attacca soggetti sani , e robusti , anzi essa và sviluppandosi con tanta lentezza , che per settimane e mesi non presenta altra apparenza sennon quella di un flusso palpebrale semplice , e leggiero , e vedesi anche da per se svanire il male , quando una evacuazione abbondante determinata per le forze stesse della natura porti la calma salutare nel sistema sanguigno , ma rimane sempre il primo seme della malattia. Apparenza leggiera, e lento sviluppo.

§. 6. Non così procede ne' soggetti malsani , o attaccati da contagi , e principalmente da blenorrea dell' uretra per causa venerea , tanto in questi , come in altri ; i quali si trovano per loro mala sorte esposti all'impressione del vapor blenorroico contagioso, ch' esala da' materiali blenorroici ; ogni picciola causa determina gravissime infiammazioni. Rapidi progressi ne'malsani , o sottoposti al contagio.

§. 7. Allora il materiale blenorroico diviene acre , e contagioso , sorgono i segni di oftalmoblenorrea acuta grave , ed hanno origine ascessi della cornea , ulceri , stafilomi, ernie o anche suppurazioni nella camera anteriore , e l' iritide , o la coroiditide ; altre fiate però si rimangono intatte le parti profonde, e solamente formansi alla superficie dell' occhio , o il panno , o lo pterigio , o l' encantide , o l' ettropio principale , oppure ha origine la trichiasi cigliare. Gravi disordini consecutivi.

§. 8. Se mai per effetto di più recidive , le ghiandole di meibomio , e la congiuntiva si gonfiassero enormemente, il materiale blenorroico diverrebbe caustico , e si formerebbero delle ulceri più Recidive, e loro effetti.

profonde. Allora la membrana indebolita non può resistere all'urto degli umori sotto le contrazioni de' muscoli, ed esce in fuori una lamina profonda della cornea e formasi stafiloma esulcerato, che in seguito si copre di cicatrice, oppure esce l'iride, e formasi l'ernia da cui viene l'atresia, o lo stafiloma, altre volte scoppia la cornea improvvisamente sbalza fuori il cristallino, e l'occhio poi diviene atrofico.

Irritazione residua anche dopo il vuotamento.

§. 9. Anche dopo vuotato l'occhio rimane uno stato d'irritazione nella congiuntiva, e nelle ghiandole, talchè ad ogni impressione delle cause morbose essa si altera, e si riproduce lo stadio acuto, che si propaga alla sclerotica, e per fino sul nervo ottico ed anche al cervello. In Palermo ho veduto qualche individuo attaccato da frenitide, dopo avere sofferto il vuotamento degli occhi per l'influenza dell'oftalmoblenorrea; poichè l'infiammazione si era distesa lungo i nervi ottici fino al cervello.

Non ho osservata la febbre.

§. 10. Per quanto io abbia esaminato diligentemente gli uomini affetti da oftalmoblenorrea grave non ho mai potuto scorgere sintomi febbrili sennonchè nell'oftalmoblenorrea gravissima, ed anche in questa il caso di febbre è assai raro, locchè dimostra doversi riguardare tale infermità piuttosto come un'infiammazione locale, che come un sintoma della febbre, o di alterazione generale della macchina.

Febbre osservata in qualche caso di epidemia.

§. 11. Ne' casi di gravi epidemie avendo il male una maggiore facilità ad espandersi perchè oltre le cause ordinarie di recidiva, vi è l'influenza di un esalazione blenorroica contagiosa irritante gli occhi; siccome farò conoscere, assume essa un carattere più grave, e non di rado sviluppa anche un corso febbrile, che in Palermo avea preso aspetto d'intermittente. In quella occasione ho anche amministrato la china, e le sue preparazioni, subito dopo aver fatto uso degli emetici, e della digitale, onde calmare l'irritazione del sistema sanguigno, ma non ho potuto ritrarre que' vantaggi evidenti ch'io mi attendeva principalmente dall'uso del chinino.

Apparenze di corso febbrile.

§. 12. In generale quando l'oftalmoblenorrea è acuta grave notasi un'aumento nella sera, e nella notte avanzata, come è commune ad osservarsi in quasi tutte le infermità gravi; ma vi è pure

una particolare causa di aumento in qualunque acuta oftalmoblenorrea poichè moltissime fiate ho osservato, che gl' infermi si addormentavano verso la sera placidamente, e dopo alcune ore si destavano accusando un bruciore negli occhi e talvolta un dolore, che si propagava lungo tutti i rami del quinto pajo, ed anche nelle interne parti dell'orbita, e del cranio, e così erano irrequieti, agitati, e poi si spaventavano per timore della cecità, e piangevano dirottamente contorcendosi, finchè uscivano lagrime cocenti, e copiose; le quali portando via la materia blenorroica degenerata ed irritante perchè rimastasi chiusa a lungo entro le palpebre recavano loro qualche sollievo; è cosa assai commune a notarsi da questi oftalmici, che non possono tener chiusi gli occhi, nè porsi a giacere orizzontalmente senza soffrire grave aumento del male, locchè deve ripetersi e dall'accumulo delle materie, entro alle palpebre, e da un maggiore concorso di sangue al capo, e negli occhi che diventa molesto per causa dell'alterazione già sviluppatasi in tutta la congiuntiva.

Come si conosca non esservi periodo febbrile.

§. 13. Qualunque medico troverà l' uomo così agitato sarà inclinato a dichiarare che vi è febbre; ma se rinnoverà il suo esame dopo evacuate le materie dalle palpebre, o dopo l' applicazione di qualche mignatta dovrà convenire, che il polso è tranquillo; e che il movimento non può dirsi febbrile.

CAPO XXIV.

Cura dell' oftalmoblenorrea.

Effetto del laudano al primo apparire del male.

§. 1. È mirabile l' effetto che porta l' applicazione del laudano al primo apparire del male, d' ordinario una goccia di questo rimedio basta a dissipare l' oftalmoblenorrea, che è sul cominciare, ma è raro, che gl' infermi conoscano questo principio del male e vogliano ricorrere al medico; io medesimo ho così dissipato la malattia, che mi attaccava in caso di epidemia.

Si debbono evitare le cause predisponenti.

§. 2. Bisognerà fin dal primo momento allontanare l' uomo dalle cause predisponenti e perciò si dovrà badare che l' alloggio non

sia umido, nè l'uomo venga costretto ad abitare con persone attaccate da blenorrea uretrale, o da oftalmoblenorrea, che queste infermità danno origine al così detto vapore contagioso, il quale riesce di grave pericolo a chi si trova predisposto.

Metodo antiflogistico, e dieta.

§. 3. Inoltre sarà ottimo consiglio attenersi ad un metodo antiflogistico, ed amministrare qualche purgante, o meglio un vomitivo, e poi non si trascurerà l'uso del nitro stibiato, o del tartaro emetico per bocca epicraticamente con una dieta assai leggiera per evitare qualunque vizio gastrico.

Curasi col laudano, e poi colla pomata.

§. 4. La cura locale ne' casi ordinarj in cui non vi sono dolori nè molta gonfiezza si riduce all'applicazione di una goccia del mio laudano ogni 24 ore, ed a qualche rara lavanda con una miscela di vino bianco e decozione di fiori di camomilla a parti uguali, che si fà una volta, o due nelle 24 ore. Passati 40 giorni di questa cura se il male non è grave si potrà finire il trattamento locale applicando ogni sera la pomata del janin.

Se il male si aumenta si applicheranno le mignatte.

§. 5. Ma se il male si aumenti, e passi a stato di chemosi, o sorgano dolori, allora bisognerà applicare ogni giorno, e sempre che il dolore si aumenti una, o due mignatte in vicinanza agli angoli delle palpebre, e talora da un lato altre fiate dall'altra parte senza mai arrestare il sangue che suol fluire dopo staccatasi la mignatta.

Segni di acuzie.

§. 6. L'acuzie del male si riconosce dalla lagrimazione copiosa, dai dolori, e dalla tinta rossa, (Vedi Tav. XI. Fig. 3. 4. 5.) che assumono le giandole meibomiane, e la congiuntiva, ed in questo caso bisognerà abbandonare il laudano e sostituirvi la miscela oftalmica, la quale si compone con parti eguali di acetato di piombo liquido, e di laudano, e si aumenterà l'applicazione delle mignatte.

Cura della oftalmoblenorrea acutissima.

§. 7. Se poi si aumentasse ancor più il male, allora bisognerà ricorrere alla sagnia generale ed applicare sulle palpebre de' pannillini inzuppati con una soluzione di estratto dell'Atropa Belladonna disciolto in dose di due dramme per ogni oncia d'acqua.

Contraddizione apparente nell'uso del laudano e sanguisughe.

§. 8. Sembrerà una contraddizione che nell'oftalmoblenorrea semplice io abbia proposto l'uso del laudano, e quello delle sanguisughe ad un tempo stesso; ma quelle giovano a minorare l'af-

fluenza del sangue ne' vasellini, e questo a fortificarli, e restringerli, e perciò non vi è contraddizione ma anzi per molte pruove di fatto questa pratica deve addottarsi come ho fatto cenno (Lib. III. pag. 27.).

§. 9. Qualunque sistematico potrebbe credere, che se una o due mignatte riesce utile 4. 6. 8. e 16. dovrebbero riuscire più che mai vantaggiose; ma avendo fatto moltissimi tentativi sui giovani robusti agli ospedali militari ho conosciuto, che ugual calma ottenevasi applicando una, o al più due mignatte, o applicandone fino a 16. contemporaneamente, e dopo d' allora preferisco rinnovarle sovvente, e quante volte il dolore rinnova i suoi accessi, e ne applico una, o al più due sole, qualche volta però la sagnia generale copiosa, o invece l' emetico mi hanno portato una perturbazione salutare.

Non giova moltiplicare l'applicazione delle mignatte.

§. 10. Io non sono alieno dal credere che se al primo apparire dell' oftalmoblenorrea fosse possibile portar via la congiuntiva, e distruggere tutte le ghiandole di meibomio, mancata la sede del male si eviterebbero i progressi pericolosi per l' occhio, ma ho veduto che se ne rimane qualche porzione questa basta a dar principio ad una gravissima oftalmia, e che qualunque recisione in tempo di acuzie porta un corso infiammatorio grave da cui prendono sviluppo nuovi vasellini sierosi, e sanguigni con danno dell' occhio.

Estirpazione della sede del male forse utile.

§. 11. Dopo queste osservazioni ho dovuto abbandonare la pratica de' tagli, e solamente farne uso nell' ultimo periodo dello stato cronico; ma forse un giorno si troverà il mezzo di render callose le parti citate senza determinare veruna irritazione infiammatoria.

I tagli non si praticano, che sul terminare dello stadio cronico.

§. 12. Se a notte avanzata pel corso dell' acuta oftalmoblenorrea grave il sonno fosse impedito, e l' uomo non potesse sopportare l' irritazione cagionata dalle materie blenorroiche racchiuse entro le palpebre, allora applico per qualche mezz' ora de' pannili inzuppati nella soluzione di Belladonna, faccio fare i piediluvj caldi con fiori di camomilla, o di sambuco, ed amministro pillole con estratto di josciamo; onde calmare il sistema nervoso.

Cura da usarsi quando le materie irritano l'occhio.

§. 13. Non posso raccomandare i bagni generali stantecchè il vapore umido sembra dannoso alla congiuntiva, e se mai per es-

Danno de' bagni generali.

sere troppo freddi, o troppo caldi portano affluenza di sangue al capo allora sono dannosi doppiamente.

Segni dello stato cronico.

§. 14. Subitochè l'oftalmoblenorrea è divenuta cronica la congiuntiva prende una tinta di rosso pallido, che si accosta al violetto, e non più al rosso di cinabro, e le materie blenorroiche si fanno di un bianco gialliccio, cessano i dolori, ed il bruciore, nè più l'infermo accusa che una rara pungitura all'occhio, o alle palpebre, e qualche senso di prurito.

Materie meno caûstiche.

§. 15. In questo stadio il male non si esaspera più ogni sera, e l'uomo può dormire quietamente poichè le materie blenorroiche son meno caustiche, e quindi anche il pericolo di contagio è molto minore.

Degenerazioni residue senza dolore.

§. 16. Vi sono bene spesso le ulceri, e l'ernia, o lo stafiloma senza dolore manifesto, ma le recidive minacciano gravi degenerazioni; e perciò oltre le cure locali bisogna usare, il tartaro emetico epicraticamente, la digitale, ed i rimedj contro le discrasie, onde calmare l'infiammazione, e moderare l'azione specifica de' veleni.

Acuzie apparente dopo molti mesi.

§. 17. Quantunque i più dotti professori della Germania Beer, Himly, Benedict, e Langhenbeck si accordino a sostenere, che lo stadio acuto dell'oftalmia non possa durare a lungo senza causare distruzione dell'organo, e perciò debba cessare in pochi giorni da per se medesimo, ciò non dimeno rimane una tale disposizione alle recidive per cui lo stato di acuzie si riproduce, ed ho mostrato in clinica più, e più volte persone, che aveano l'oftalmoblenorrea esistente da più mesi, eppure presentavano manifesti segni di acuzie, e di uno stato veramente stenico. Ho per altro fatto conoscere che questo stato dipendeva da una recidiva recente, ed esigeva l'applicazione delle mignatte, ed un trattamento antiflogistico interno.

Applicazione di sanguisughe, e laudano.

§. 18. Ho detto le ragioni per cui se l'acuzie non fosse gravissima gioverebbe medicare la congiuntiva col laudano, e contemporaneamente evacuare il sangue, ed ho spiegato come sì fatto metodo sostenuto dalla pratica possa dirsi conforme alla ragione dopo che si è veduto il danno che arrecano le sostanze ammollienti applicate alla congiuntiva, e quando si conosca, che l'effetto dannoso dell'infiammazione si riduce a sfiancare i vasellini sierosi i quali per lo stato morboso son diventati sanguigni.

§. 19. Io credo che le sanguisughe diminuiscano meccanicamente l' impeto del sangue collo scaricare i vasi sanguigni, ma non tolgano l' irritazione vitale operando sul generale come un mezzo deprimente, e perciò posso raccomandarle anche nello stato cronico, e ne ho veduto manifesta utilità in questi casi, siccome ho spiegato (Capo XIV. §. 19.). Sanguisughe utili anche nello stato cronico.

§. 20. Sovvente ho notato di qualche vantaggio ricorrere a' rimedj così detti revulsivi applicando la pomata dello Starck, formata di tartaro emetico e grasso, alla nuca finchè producesse un' espulsione, o la pomata ammoniacale di Gondret dietro gli orecchi, oppure al sincipite finchè l' ammoniaca esulcerasse la cute, ma nessuna utilità ho potuto riconoscere da' vessicanti quantunque ne' primi anni della mia pratica ne avessi prescritto circa 2000. Utilità delle pomate, che producono escoriazioni alla cute.

§. 21. Ottenutasi la calma dello stadio acuto mediante le cure più sopra descritte si dovrà far uso del laudano puro, e quando non si potesse avere quello concentrato si lascieranno in un vase aperto due dramme del croco orientale assieme con un' oncia di laudano del Sidenam, e dopo ventiquattr' ore filtrato, e spremuto il liquore si potrà usarlo applicandone prima una goccia ogni 24 ore, e poi due, e fino a tre. Questo servirà a dissipare le alterazioni prodotte dall' infiammazione sulla congiuntiva, e sulla cornea; e riguardo alle interne cure si terranno le regole che ho già esposte ne' casi di oftalmia, ma che spiegherò di nuovo per maggiore soddisfazione del mio lettore. Calmata l'acuzie si userà il laudano per restringer la congiuntiva, e sanare la cornea.

§. 22. Se vi fosse oftalmoblenorrea uretrale contagiosa gioverà amministrare un' infusione de' semi del Felandrio Aquatico per bocca, e sciroppo di Fumaria, come anche ricorrere a qualche frizione di pomata mercuriale lungo l' uretra, e poi fare qualche iniezione col nitrato d'argento sciolto nell'acqua, e tenersi al metodo antiflogistico. Cure della Blenorrea uretrale.

§. 23. Se l' oftalmoblenorrea fosse congiunta a sifilide si amministrerà il sublimato in dose di un' ottavo d' acino aumentando fino alla metà di un'acino nelle 24 ore. Non posso, che disapprovare le frizioni mercuriali perchè determinano il sangue al capo, e piuttosto si dovrà usare il deutofosfato di mercurio, anche ho amministrato con molto vantaggio il mercurio gommoso di Plenk, oppure lo zolfato di mercurio. Sali mercuriali nella sifilide.

Nell' idrargirosi, si adopera il Rob, e la salsa.

§. 24. Quando ho trovato indizio dell'idrargirosi ottenni effetti buonissimi dall'uso del Rob di Bouveau-Lafecteur, e delle copiose decozioni di salsaperilla ; ma quando per ragioni economiche non posso farne uso, impiego le preparazioni di salsaperilla , di legno guajaco , o della radice di bardana unitamente ai bagni a vapore solforosi.

Cura in caso di erpete.

§. 25. Se vi è un vizio erpetico dominante dopo aver corretta la bile colle purghe , amministro le polveri di salsa con polveri di carne di vipera , ed antimonio crudo , e bagni solforosi.

Diligenze da tenersi in caso di scabbie.

§. 26. Quando avesse preceduta la scabbie amministro delle pillole con fiori di zolfo , e cremor di tartaro , e la decozione di Lapazio (Rumex Lapatum.) , ed anche bagni a vapore zolforosi.

Altre cure in caso di emorroidi, reumi, e scorbuto ec.

§. 27. Nelle emorroidi conviene amministrare lo zolfo con cremor tartaro , oppure le pillole aloetiche , ne' reumi la gomma , o la corteccia di Guajaco , nello scorbuto il succo de' pampini , e del crescione , o di coclearia e le preparazioni di china ; in caso di podagra gioverà quasi sempre amministrare la magnesia prima del pranzo ogni cinque o sei giorni , ogni mattina un acino della radice d' ipecaquana , ed ogni sera un acino d' oppio , e negli accessi il vino de' semi di colchico , e poi le decozioni sudorifere , e le sostanze resinose , come anche i bagni solforosi artificiali , e minerali , o a vapore , e così si avrà cura di togliere la disposizione alle recidive con medecine ben conosciute e sperimentate.

Guarigioni perfette ottenute nella scuola ed altrove.

§. 28. Molti pratici di valore hanno creduto , che non si potessero mai distruggere quelle carnosità della congiuntiva , che si sviluppano nel corso dell'oftalmoblenorrea , e che perciò rimanesse una disposizione alle recidive , ma usato avendo il metodo locale già spiegato ho potuto mostrare un gran numero di persone radicalmente guarite , e nella scuola clinica , e nel deposito generale de' militari oftalmici.

Apparenti guarigioni.

§. 29. L' oftalmoblenorrea ha una tendenza a dissiparsi per cui facilmente passa allo stato cronico e presentasi una guarigone illusoria , che ha dato credito a varie medicine o poco efficaci , o dannose, e gli uomini credendosi guariti hanno disprezzato i residui del male.

§. 30. Nè ciò dee recar maraviglia poichè i medici, che non sono abituati ad osservare le malattie degli occhi non conoscono affatto lo stato di tali organi, ed io ne ho veduto molti i quali sebbene avessero tenuto in cura qualche centinajo di oftalmoblenorree, mai si erano accorti delle ragadi alla congiuntiva, e riguardavano come cosa da nulla il panno della cornea e le ulceri, talchè licenziavano per guariti coloro, che avevano queste gravi e pericolose alterazioni alle cornee.

Infermi giudicati guariti.

§. 31. In questi casi se gl' infermi si credono ormai sanati si espongono a gravi recidive, ed io mi stimo obbligato di avvisarli perchè rimettendosi ad una vita attiva corrono il rischio di perdere gli occhi direi quasi improvvisamente.

Si espongono a gravi recidive.

§. 32. Io mi ricorderò sempre, che un giorno si presentò al deposito Generale degli oftalmici militari certo Gennaro Tafuri, il quale non avea che un residuo dell' oftalmoblenorrea con picciole ulceri, cosichè al momento io lo feci porre in nota fra i curabili. Ma avendo egli desiderato di farsi ricevere all' indomani per disbrigare taluni suoi affari lo avvisai che se si esponesse alle intemperie della stagione allora perversa avrebbe perduti gli occhi per sempre; nè potendo io oppormi alla sua andata in quartiere poichè gli mancava il permesso de' superiori fu d' uopo lasciarlo in balìa di se stesso, e passate ventiquattrore egli ritornò con una tale recidiva che avea già disorganizzato irreparabilmente ambedue le cornee nè vi fu luogo a sperare che potesse ricuperare la vista; ed il pover' uomo più fiate rammentò la mia profezia.

Caso di recidiva rovinosa.

§.33. Principalmente queste gravi oftalmoblenoree si sviluppano in coloro, che sono attaccati da mal venereo, oppure, che trasportati dal vizio si abbandonano ad un impuro commercio. Potrei citar molti esempj di giovanetti, i quali non soffrivano altro che un residuo di oftalmoblenorrea, e che agitati da uno stimolo afrodisiaco avendo trovato una venere infetta in poche ore sono passati in uno stato di oftalmoblenorrea acutissima, ed hanno perduto interamente gli occhi per la suppurazione delle cornee.

Recidive cagionate da impuro commercio, o da infezione venerea.

§. 34. Non è stato rarissimo il caso in cui avendo un leggiero principio, oppure un tenue residuo di oftalmia i militari chiedevano di restare al quartiere per una specie di precauzione e ve-

Recidive osservate ne' leggieri oftalmici rimasti al quartiere in compagnia de' venerei.

nendo allora ad alloggiare in compagnia de' venerei ad onta delle picciole cure raccomandate dai chirurghi del corpo e di una vita ritirata, quieta, in un buon alloggio, andavano soggetti allo sviluppo di gravissime oftalmoblenorree.

Influenza del vapor contagioso e consenso de' tessuti.

§. 35. Questi avvenimenti non si possono ad altro attribuire, che all' influenza del vapor contagioso venereo, ed al consenso di alterazione, che propagasi fra i tessuti consimili poichè alterata una membrana mucciosa le altre tutte ne soffrono ed aumentasi la secrezione irregolare. Aggiungasi, che ne' momenti dell'estro venereo il sangue concorre alla testa, e ciò può concorrere ad aumentare il sangue agli occhi e render più violenta l' oftalmoblenorrea, come osservasi negli accessi di collera.

Regole per preservare le truppe, e buoni effetti.

§. 36. Conosciuti questi principj mi è stato facile determinare le regole da osservarsi per garantire le truppe dall' epidemia, e quante volte vennero praticate se ne sono veduti effetti di una patente utilità.

Causticità delle materie.

§. 37. Le materie separate in questo stadio dell' oftalmoblenorrea sono di una causticità molto superiore a quella che osservasi communemente, e perciò distruggono grandi porzioni di cornea, e propagano la suppurazione fin dentro la camera anteriore dando origine all' ipopio, ed all' iritide, che portano o l' amaurosi, o l' atrofia dell' occhio.

Conseguenze dello stadio acuto.

§. 38. Passato appena lo stadio acuto si manifestano varie alterazioni organiche profonde, le quali debbono curarsi con diligenza, e vanno queste comprese sotto nome di oftalmoblenorrea degenerata.

CAPO XXVI.

Locali cure da praticarsi quando l' oftalmoblenorrea sia degenerata.

Nello stato cronico non si aumenta.

§. 1. L' oftalmoblenorrea diventata cronica sembra stazionaria, e quando l' uomo sia di buona salute abbia un alloggio buono, e non si esponga a' violenti esercizi, nè ad altre cause morbose, si guarisce facilmente.

§. 2. Bisogna prender di mira le alterazioni locali, ed amministrare locali medicine senza trascurare quel che ho detto delle interne cure quando l' uomo fosse affetto da qualche vizio manifesto nel generale della macchina, ma ecco ciò che importa prima di tutto per le cure locali.

Bisognano cure locali, ed interne.

§. 3. La nubecola semplice si cura facilmente nello stato cronico mediante la semplice applicazione del laudano concentrato, o anche di quello del Sidenam, bisogna per altro badare di non confonderla colle cicatrici, o stafilomi.

La nubecola si cura mediante il laudano.

§. 4. Gli ascessi della cornea si conoscono per essere composti di un materiale giallognolo depositato fra le laminette di essa in tal guisa, che al primo aspetto sembra un' ipopio, ma poi si riconoscerà trovarsi il materiale non già nella camera anteriore, ma bensì entro la cornea. In questo caso può essere utile la punzione della cornea, ma basterà anche applicare qualche sanguisuga in vicinanza agli angoli delle palpebre per moderare l'irritazione, e dopo si dovrà curare l' ulcere, che rimane aperta.

Punzione, e sanguisughe utili negli ascessi.

§. 5. Le ulceri della cornea sono di varie specie talvolta esse sono picciole e pronfonde, altre fiate sono superficiali, e ricoperte dalla congiuntiva corneale intatta sicchè somigliano ad una depressione della cornea; altre volte sono vaste, e profonde, ed altre fiate coperte da granulazione principalmente negl' infermi scorbutici. Quasi sempre ho osservato, che queste ulceri mandano una specie di sanie cinerea, e che sono alimentate da due, o tre vasellini sierosi ingrossati, e diventati sanguigni, i quali attraversano porzione della cornea per recarsi dalla congiuntiva della sclerotica fino al centro dell' ulcere.

Varie forme di ulceri.

§. 6. Quando esse sono molto superficiali, e picciole, come ancora allorquando sono ricoperte dalla congiuntiva corneale intatta, la guarigione riesce difficile, e talvolta sussistono per mesi ed anni senza guarire, nè degenerare in ascessi, o in ulceri vaste, nè portare stafilomi.

Ulceri superficiali e vestite da congiuntiva.

§. 7. In questi casi nè il laudano, nè l'applicazione della pietra infernale quasi mai riescono, ma ho trovato essere unico spediente subitochè l' oftalmoblenorrea sia quasi dissipata tagliare quel grupetto di vasellini, che nutrisce l' ulcere e con essi la congiuntiva

Conviene tagliare i vasetti e l' ulcere.

da cui sono involti, e dopo attraversare con due o tre incisioni superficiali la congiuntiva corneale corrispondente all' ulcere indi chiuder le palpebre, e tenerle ben chiuse per due o tre giorni; se non insorgano gravi dolori.

Poi si chiudono le palpebre con sacchi aromatici.

§. 8. Quasi sempre si toglie così l' alimento all' ulcere, e si eccita un' infiammazione adesiva tanto più salutare se tengansi chiuse le palpebre, e fermo l'occhio, locchè meglio si ottiene applicando al di fuori delle palpebre un sacchetto discuziente, che contiene fiori di camomilla secca in polvere, e canfora raspata lucida; se però l' oftalmia non fosse al tutto cronica questo metodo riuscirebbe troppo irritante.

Granulazione vasta si recide.

§. 9. Se l' ulcere è profonda, o granulosa allora devesi tenere altro modo, quando la granulazione sarà elevata dovrà esser recisa mediante buone forbici, o mediante un coltello da cateratta che ne attraversi la base, e gioverà anche recidere i vasellini nutrienti, i quali vanno in essa. Se poi la granulazione sarà poco manifesta, e l' ulcere estesa potrà giovare qualche applicazione di pietra infernale ma devesi por mente, che se lo stadio acuto non fosse in tutto cessato la pietra lo può rinnovare, e fa più danno che utilità, ed in tal caso bisogna limitarsi ad usare il solo laudano, il quale più fiate è bastato a sanare le ulceri restringendo i loro vasellini e determinando una salutare attività nella superficie di esse. È però cosa degna d' osservazione che se le ulceri sono profonde ed occupano il lume della pupilla non impediscono interamente la visione poichè sono trasparenti, ma quando sono guarite, le cicatrici, ed i leucomi per la loro opacità la impediscono e danno luogo alla ceratoscotesi. Ciò nulla ostante devesi procurare, che si formi una cicatrice poichè l' ulcere avendo una certa proclività ad estendersi potrebbe anche portare, o un totale leucoma, o un totale stafiloma, alterazioni organiche alle quali finora non si è trovato rimedio.

Cura del panno della cornea.

§. 10. Il panno della cornea potrà curarsi con qualche prontezza se verrà accompagnato da oftalmoblenorrea quasi acuta, e se fia recente poichè allora l' applicazione delle mignatte, e l' uso del laudano puro, bastano a dissiparlo quasi interamente, e se ciò non bastasse gioverà procurare da ultimo di restringer la con-

giuntiva, ed i suoi vasellini sanguigni passando sui nepitelli la pietra infernale, e poi lavando le parti toccate da essa mediante un pennello bene intinto nel laudano. Questo metodo potrà anche riuscire nel panno inveterato con oftalmoblenorrea assai cronica, ma richederà una cura, che talvolta mi è durata due anni interi; e però ha bastato per guarirlo perfettamente.

Cura dell' ernia, e stafilomi.

§. 11. Non di rado addiviene, che le ulceri profonde danno origine all' ernia dell' iride chiamata *miocefalo* dai nostri maestri *testa di mosca*, ed in tal caso l' unico, e costante rimedio, che mi è riuscito in circa 40 casi è stata la recisione di cui ho parlato (lib. II. pag. 301.). Debbo però avvisare che talvolta quest' ernia è rivestita dalle più profonde laminette della cornea, ed in questo caso per la sua tenacità la cornea fa sì che sfugge l' ernia dai colpi di forbice, e non può venire interamente recisa al primo colpo. Onde render precise le nostre idee io chiamo ernia vera quella formata dall' iride, e rivestita o stafiloma esulcerato quell' ernia che trovasi coperta dalle interne lamine della cornea, locchè può ingannare i meno esperti pratici, recido la prima colle forbici, e la seconda mediante un coltello da cateratta, che vi passo per la base portandola via subito dopo mediante un colpo di forbice.

Uso della pietra dannoso.

§. 12. Se le ernie vengono toccate colla pietra guariscono a stento e portano sovvente l' atresia della pupilla, oppure si cangiano in stafilomi subitochè si rivestono di cicatrice, ma quando vengano recise interamente sieno vere, o vestite, purchè la loro base non superi metà della superficie della cornea possiamo ottenere una guarigione pronta, e si vede cessare l' irritazione dell' occhio, e spesso o rimane intatta la vista, o almeno un campo sufficiente onde aprire la nuova pupilla.

Le ulceri producono stafilomi, e non ernia.

§. 13. Alcune fiate l' ulcere profonda della cornea risponde al lume della pupilla, oppure è tale che non giugne a sconcertare la posizione dell' iride, ed in questo caso le interne lamine di essa spinte dall' acqueo escono in fuori assomigliando ad un' ernia rivestita e formano una specie di stafiloma esulcerato, il quale subitochè si guarisce coprendosi di cicatrice diventa stafiloma opaco detto anche albuminoso. Il laudano in questo caso non fa che

promuovere la cicatrice, e consolidarla dopo di che per l'attrito contro le palpebre esso diventa più esteso e bisogna quindi reciderlo come l'ernia sul suo nascere.

Casi di utili cure per gli stafilomi.

§. 14. Potrei quì citare molti esempj ne' quali mediante la recisione ho potuto ripianare gli stafilomi, e preservare la forma dell'occhio, e la facoltà di vedere (Vedi Tav. I. Fg. 8.).

Stafilomi da corneitide, e panno.

§. 15. Gli stafilomi hanno quasi sempre origine da ulceri singolarmente nell' oftalmoblenorrea, ma talvolta gli ho veduti cominciare senza esulcerazione di parti e dipendere da un' ingrossamento della cornea per effetto d' infiammazione, e panno, o di corneitide, e tanto si distendeva la cornea, che diventava, opaca, nè rimaneva altro espediente che l' estirpazione, onde togliere la molestia dello stafiloma, quantunque non si potesse riuscire a ridonare la vista.

Utilità di recidere gli stafilomi piccioli.

§. 16. In questi casi tutta la cornea è conica o globosa talchè non si può serbarne la forma tagliandola; ma allorchè il male è sul cominciare se la parte rialzata è picciola posso con vantaggio recidere lo stafiloma in qualche parte, e giova vuotarne spesso l' acqueo, o rinnovare la recisione quante volte si rialzi lo stafiloma.

Vizii portati dall' oftalmoblenorrea sulla congiuntiva.

§. 17. Finora ho annoverato le cure locali da prestarsi in caso che l' oftalmoblenorrea producesse alterazioni della cornea, resta a spiegare ciò che può farsi onde curare la congiuntiva alterata dal morbo.

Dipendono da sviluppo de' vasellini.

§. 18. Le alterazioni di questa membrana hanno origine da sviluppo, ed ingrossamento de' vasi sierosi, e sanguigni che le appartengono derivati dalle arterie cigliari immediatamente, oppure sono l' effetto della distensione che hanno sofferto i vasi sanguigni prossimi, e comunicanti con quelli della citata membrana, i quali se pur essa si restringa per l' azione de' convenienti rimedj restano a lungo dilatati.

Affezioni organiche, che ne risultano.

§. 19. L' ingrossamento, e sviluppo de' vasellini sierosi porta in alcuni luoghi un versamento di linfa, ed una formazione di qualche nuovo tessuto organico, il quale ingombra la congiuntiva, e l' occhio; quando esso è recente può qualche volta essere dissipato co' rimedj astringenti locali, ma quando è inveterato diventa come un vizio organico, al quale non si può rimediare sennon mediante l' estirpazione.

§. 20. Le verruche e la granulazione de' nepitelli sono gli effetti i più comuni dell' oftalmoblenorrea acuta, e questi si osservano persistere mesi, ed anni nello stato cronico, essi alimentano copiosa secrezione di materie puriformi, di lagrime, e sono causa di frequenti recidive, talchè se non saranno stati distrutti non si potrà dir guarita l'oftalmoblenorrea. Il metodo più efficace, onde distruggere questa granulazione e le verruche incominciar deve con frequenti evacuazioni sanguigne, che ottengo applicando una o due mignatte al solito modo ogni dieci, o dodici giorni, e poi si deve passare una volta, o due in questo intervallo la pietra sui nepitelli in modo, che una terza parte, ne venga causticata. Lavo quella parte col pennello intinto nel mio laudano, e se le verruche sono molto grosse, poco rosse, e solide, allora ne afferro qualcheduna mediante le pinzette, o col doppio filo, e ne porto via una, o due per ogni settimana badando sempre di non eccitare sovverchia irritazione, e di usare, o il caustico, o il ferro soltanto allorchè l'irritazione sia calmata, poichè altrimenti avrebbe luogo un' infiammazione traumatica che annullerebbe il vantaggio delle citate cure.

Come le verruche si distruggano colle sanguisughe, laudano, e pietra.

§. 21. Di fatti avendo concepito l'idea, che una rapida distruzione della granulazione, e delle verruche potesse condurre più presto a termine le nostre cure ho applicato de' caustici più efficaci, ed ho fatto molte estirpazioni delle verruche, ma ho veduto sorgere una infiammazione ostinatissima, la quale ha quasi sempre cagionato alterazioni della cornea, oppure un anchiloblefaro molto ostinato, e dispiacevole.

Danno de' caustici più efficaci.

§. 22. Finalmente ho notato, che questi infermi, quantunque sieno nello stadio cronico mal sopportano la pomata del janin, quando prima non sia stato adoprato per lungo tempo il solito laudano, ed anche la pietra; e quando pur la sopportano devesi applicare il laudano ogni mattina, onde calmare l'irritazione determinata dalla pomata, che si applica la sera.

La pomata irrita.

§. 23. Subitochè le recidive non si presentano più, e che l'ammalato sopporta la pomata del janin vedesi di mese in mese un grande miglioramento, e se vi fosse panno alla cornea, oppure ulceri picciole, e croniche questi residui si guariscono; ma qua-

Se la sopporta và meglio.

lunque volta vi si scorgessero delle ulceri profonde, ed aventi il diametro di una linea, la pomata non dovrà usarsi poichè non giova, anzi determina una suppurazione assai dannosa nel tessuto esulcerato.

Ettropio, pterigio, ed encantide curati come le verruche.

§. 24. L' Ettropio, lo pterigio, e l' encantide non differiscono dalle verruche della congiuntiva sennon per l' aspetto, e pel luogo, che occupano, nè male a proposito ho dichiarato, che talvolta questi vizj della congiuntiva sono come i sintomi dell' oftalmia, che cessano con essa (Vedi lib. I. pag. 161.), e gli ho distinti in sintomatici, e principali, difatti gli ho veduti più fiate dissiparsi mediante le evacuazioni di sangue locali, o mediante l' applicazione del laudano, e della pietra. Allorquando cessata l' oftalmoblenorrea acuta, e dissipata anche la cronica, si vedranno sussistere, bisognerà riguardarli come tessuti organici e bisognerà estirparli.

Se sono principali si estirpano.

§. 25. Si estirpa facilmente lo pterigio, l' encantide, e l' ettropio principale (Vedi Tav. II. Fig. 2., e Tav. V. Fig. 2. 4. 5.), nello stadio ultimo dell' oftalmoblenorrea poichè l' operazione non determina allora grave irritazione, e si potrà facilmente eseguire afferrando la parte escrescente mediante le pinzette ad uncino oppure mediante il doppio filo e portando via l' escrescenza morbosa con qualche colpo, o di cesoje, o di bisturino.

Se si riproducono si estirpano.

§. 26. D' ordinario le citate escrescenze non si riproducono, e se mai si riproducano in parte, ove ne sia rimasto qualche vestigio, una seconda o al più una terza estirpazione basta a distruggerle; ma quando vi sia l' encantide granulosa, o la carcinomatosa, e quando sorgano delle trabeazioni sotto la duplicatura della congiuntiva, che passa dai nepitelli all' occhio si vedranno delle riproduzioni così ostinate, che ogni operazione sarà infruttuosa anzi dannosa. Se le trabeazioni uniscono la palpebra inferiore al globo dell' occhio, ne risulta una specie di anchiloblefaro, ch' io non ho ancor trovato modo di guarire radicalmente (Vedi Tav. VII. Fig. 4. e 7.).

L' encantide granulosa si riproduce perchè ha molti vasi grossi.

§. 27. Allorchè ho estirpato l' encantide granulosa, io credeva di essere compiutamente riuscito, ma dopo pochi mesi l' ho veduta riprodursi e nasconder tutto l' occhio, così l' encantide carcinomatosa, la quale è formata da pezzi che sembrano cartilaginosi, e quà e là sono di color piombino, e manda sanie. Essa è molto do-

lente e sempre vi ho trovato per entro delle grosse diramazioni delle arterie cigliari, le quali hanno mandato zampilli di sangue vivacissimo nell' atto dell' estirpazione. Similmente nell' encantide granulosa citata più sopra, la quale sembra formata da tanti ovetti di pesce contenuti in una reticella vascolare ho notato, che molto sangue usciva nell' atto dell' estirpazione, nè cessava così presto siccome osservasi nell'encantide benigna. Attribuisco adunque l'origine di queste due specie di vegetazione della congiuntiva a certi vasi sanguigni estraordinariamente ingrossati, e penso che il più efficace mezzo curativo consister potrebbe nell' applicarvi o il fuoco, o la legatura, o il ghiaccio, ed il concino; ma la scarsezza della mia pratica su questo grado d' infermità, che non ho potuto vedere sennon tre o quattro volte in dieciotto anni mi obbliga a lasciare ad altri la gloria di porterlo radicalmente curare se fia possibile.

Così l' anchiloblefaro.

§. 28. Una consimile ostinazione ho osservato ne' casi di anchiloblefaro, consiste questo nella riunione della congiuntiva palpebrale colla oculare, e benchè sembri questa unione a primo aspetto di un carattere molto innocuo pur non di meno, l' ho trovata spesse fiate rebelle ad ogni cura (Vedi Tav. VII. Fig. 4.).

Questo difetto altera la cornea.

§. 29. Veggonsi sorgere de' tratti membranosi dal contorno dell' occhio laddove trovasi la duplicatura della congiuntiva, che vestite le palpebre ripiegasi poi sulla sclerotica, e questi tratti membranosi, che noi chiamiamo trabeazioni assomigliano nel tessuto ad un semplice pterigio in guisachè a primo aspetto ho giudicato facil cosa distruggerli, ma poi ho veduto con mio dispiacere, che si riproducevano, e come se fossero una singolare vegetazione della sclerotica si alzavano su di essa, e verso il margine della cornea vincolavano questa parte dell' occhio colle palpebre, e da ultimo finivano con portare un cangiamento di tessuto su tutta la superficie della cornea rendendola opaca, e recando impedimento alla facoltà di vedere, nè le estirpazioni di sì fatte escrescenze carnose facevano altra cosa sennonchè dare origine a nuove infiammazioni dopo le quali più si aumentavano e si riproducevano le trabeazioni, che io avea voluto distruggere.

Rare volte si notano.

§. 30. Questi sono gli ultimi prodotti dell' oftalmoblenorrea dopo le recidive, ma grazie al cielo s' incontrano rarissime volte, men-

tre quasi sempre trattasi di qualche vizio alla cornea, o di escrescenze curabili nella congiuntiva.

Se vi è leucoma o stafiloma si apre la pupilla, e si recide il secondo.

§. 31. Quando il vizio della cornea fosse un leucoma, o uno stafiloma parziale che impedisse la pupilla sorgerà la ceratoscotesi, quando poi fosse stata infiammata l'iride potrebbe formarsi la cateratta spuria con sinizesi, se l'infiammazione si fosse propagata anche alla lente avremo il caso complicato di sinizesi con cateratta vera. In tutti questi casi se i nervi saranno sani si potrà eseguire l'ectomia, o la dialisi quando semplice e quando complicata e si potrà ripristinar la visione seguendo gl'insegnamenti, che si trovano esposti nel secondo, e terzo libro di quest'opera.

Se fosse totale dà luogo all'occhio di smalto.

§. 32. Se poi lo stafiloma, o il leucoma fosse totale essendo disorganizzata la cornea non potremo ripristinar la visione: ma l'unico espediente, che l'arte ci offre consiste nel demolire lo stafiloma, onde liberare l'infermo dalla molestia, che questo porta urtando contro le palpebre, e quando l'altro occhio sia sano piacerà moltissimo ai giovani che si corregga la deformità mediante un occhio artificiale, il quale supplisca alla forma dell'occhio perduto anche nel caso di totale leucoma. Nel recidere lo stafiloma io conservo possibilmente il resto dell'occhio (vedi lib. II. pag. 303.).

Reciso lo stafiloma si forma una membrana regolare opaca.

§. 33. Dopo reciso lo stafiloma totale, quando si possa conservare la lente formasi un nuovo tessuto sul luogo della cornea il quale se fosse diafano supplirebbe alla cornea già perduta, ma pur troppo le membrane, che riproduconsi dopo esulcerazione, o estirpazione, o recisione della cornea sono opache, chi sà che un giorno non si trovi la maniera di renderle diafane, oppure di addattare al centro di esse un picciolo cristallo, il quale vi si mantenga, e supplisca alla cornea distrutta, ma bisognerebbe prima causticare que' lembi, che debbono riceverlo, e cicatrizzarli, che se nò la vegetazione di cicatrice abolisce il foro. Ecco un castello in aria, che forse un giorno coll'avanzamento delle arti e delle scienze potrà avere il suo effetto. Chi sà che non si potesse insinuare nel centro di una cornea leucomatosa una machinetta innocua, la quale si sviluppasse lentamente, e giunta ad occuparne l'estensione di una linea e mezza quadrata potesse contenere un cristallo nel suo centro senza occasionare nel tessuto dell'occhio

gli effetti di un corpo straniero, oppure che finita la suppurazione un tal corpo vi potesse rimanere incassato.

§. 34. Quante cose impossibili ai nostri maestri non sono fra noi oggidì triviali, e famigliari? . . Ragione di sperare.

§. 35. Sarà inutile ch' io imprenda ora a trattare di un' altro difetto delle palpebre che incontrasi spesso dopo terminata la oftalmoblenorrea, questa è la trichiasi cigliare della quale ho detto quanto basta nel lib. I e II. Taccio della Trichiasi cigliare.

§. 36. Qualche volta veggonsi ingrossate le vene coronarie palpebrali, o vedesi qualche grado di tigna, o anche un semplice ingrossamento del margine cagionato da linfa raccolta in esso, ed in questi casi gioverà sempre la depilazione, e purchè sia da gran tempo cessata ogni apparenza di recidiva sarà utile scaricare i vasi sanguigni palpebrali facendo sul margine dieci, o dodici incisioni, le quali dieno esito al sangue, e concorrano a mantener vuoti almeno di quando in quando e per un certo tempo i vasi coronarj palpebrali. Tigna, e varici del margine palpebrale.

§. 37. Mentre stò scrivendo questo articolo sento con piacere, che in Francia molti oculisti abbiano applicato il laudano puro e la pietra infernale con grande utilità e non dubito che verranno abbracciati anche da altri medici col tempo que' metodi che mi sono riusciti i più vantaggiosi. Nuovi rimedj posti in uso a' nostri giorni.

CAPO XXVII.

Dell' oftalmoblenorrea de' neonati.

§. 1. L' oftalmoblenorrea de' neonati non differisce dalla contagiosa perchè occupa la stessa sede; vale a dire è un' infiammazione della congiuntiva, e delle ghiandole di meibomio, essa è in qualche modo contagiosa, poichè il D.r Jäger avendo immaginato di curare il panno cronico della cornea mediante l'innesto blenorroico ha veduto riprodursi lo stadio acuto dell' oftalmoblenorrea qualunque volta usava la materia blenorroica presa dai neonati, e la portava entro le palpebre de' suoi infermi, inoltre ho veduto propagarsi questa oftalmia nelle famiglie, se qualcuno vi era predisposto. Oftalmoblenorrea de' neonati simile all' altra.

Materiale contagioso, e degenerazioni.

§. 2. Il materiale caustico, che mandano i bambini dagli occhi è manifestamente nocivo in questi casi, ancorchè sieno nati da genitori perfettamente sani, e la malattia suole essere semplice, e facile a curarsi quando non sieno contaminati, ma se si accumuli un veleno blenorroico recente nella madre, oppure uno sviluppo vajuoloso, allora essa diventa grave, ed attacca le parti più profonde talchè dà origine agli ascessi della cornea, all' ipopio, ed anche all' iritide, e cagiona le distruzioni corrispondenti se non venga bene curata.

Origini da contagio, o da catarro.

§. 3. Questa oftalmoblenorrea siccome ho detto talvolta tira la sua origine da madri infette di blenorrea venerea; ma sovvente l' ho veduta in persone di buona salute trarre origine unicamente da un forte catarro.

Perchè sia facile il catarro.

§. 4. I bambini sono facili al catarro perchè passano da un' atmosfera assai calda ad una fredda, e talvolta anche umida, il pianto, e la luce determinano il primo seme dell' oftalmia semplice, e se dopo ciò prendono colpi d' aria fresca ed umida subito incomincia l' oftalmoblenorrea.

Perchè si vegga in inverno.

§. 5. In fatti questa è più commune ad osservarsi nell' inverno, che nella state, e sovvente attacca i fanciulli dopo che sono stati esposti all' aria, ed all' umidità principalmente nelle stagioni piovose.

La cura è la stessa descritta.

§. 6. La cura non differisce da quella descritta per le altre oftalmoblenorree, sennonchè si applicano meno mignatte, e si mettono alle tempia, si adopera la miscela di laudano, ed acetato di piombo, e si lavano le palpebre sovvente con vino bianco, ed acqua di camomilla a porzioni eguali: avendo cura di ripulirle, aprirle sovvente, e tenere il bambino col capo o eretto, o di fianco.

Cure interne in caso di oftalmoblenorrea.

§. 7. Il calomelano, e la decozione de' semi di Felandrio sono i rimedj ch' io preferisco per uso interno, e da ultimo impiego il laudano concentrato puro; e poi la pomata del janin; che compie la cura.

CAPO XXVIII.

Della oftalmoblenorrea vajuolosa.

§. 1. Ho detto che talvolta nel corso dell' oftalmia dei neonati si sviluppa il vajuolo, ed allora essa prende un carattere più violento, ed attacca facilmente le parti profonde, altre volte invece addiviene che i vajuolosi sono attaccati dall' oftalmoblenorrea, ed in questi casi vi è sempre grave pericolo per gli occhi a motivo, che le oftalmie ne' vajuolosi facilmente attaccano la cornea, l' iride, ed anche la sclerotica o la coroidea, o perfino i nervi cigliari, nè reca maraviglia, che i vajuolosi sieno attaccati da oftalmoblenorrea poichè questo contagio attacca le parti profonde, ed altera così la cute che i catarri sono facilissimi, ostinati, e di carattere stenico. Maggior Disordine dal vajuolo.

§. 2. L'oftalmoblenorrea vajuolosa si dovrà dunque curare con abbondanti cacciate di sangue, con fare delle revulsioni cutanee per mezzo della pomata di Stark, o di Gondret, e se conserverà più a lungo il carattere stenico si dovrà cautelare molto l' infermo, e raccomandargli l' uso de' sudoriferi principalmente vegetabili, la dieta mite, e la lubricità delle intestina per via del calomelano. Revulsioni con pomate irritanti.

§. 3. Quanto alle cure locali si procederà come nelle altre oftalmoblenorree usando la miscela oftalmica prima, e dopo il laudano concentrato, e da ultimo si dovranno curare i residui dell' oftalmoblenorrea degenerata, talchè il panno, le ulceri, e le ernie richiederanno l' uso della pietra infernale, l' estirpazione delle parti rialzate ed anche di qualche vasellino nutriente le ulceri, o gli stafilomi, ma si dovrà aspettare più che all' ordinario, e rinnovare le evacuazioni sanguigne sovvente, onde evitare le irritazioni, che insorgono per sifatte cure quando l' oftalmia conserva il carattere stenico. Si cura come negli altri casi.

§. 4. In questo caso come le parti più profonde dell' occhio vengono alterate non è raro vedere la sclerotitide, la coroiditide, o anche l' infiammazione della retina per cui sorgono stafilomi della sclerotica, debolezza nervosa, ed anche amaurosi; e si useranno le cure che si convengono in queste oftalmie profonde. Alterazioni più profonde.

CAPO XXIX.

Origine, e qualità contagiosa dell' oftalmoblenorrea.

L' oftalmoblenorrea suole essere contagiosa.

§. 1. L' oftalmoblenorrea in certe condizioni può riguardarsi, come contagiosa, ma non così le altre oftalmie nelle quali mai ho veduto propagarsi il male in modo da far sospettare il contagio.

Varie opinioni de' medici sul contagio.

§. 2. Varj medici portano su di ciò delle opinioni a seconda di talune osservazioni da essi raccolte, e sovvente giudicano con prevenzione; ma chi potrebbe negare il contagio, dopo che abbiamo osservato svilupparsi l' oftalmoblenorrea in molti animali sugli occhi de' quali è stato portato il pus blenorroico preso con un pennello dalle palpebre di persone, che soffrivano questo morbo nello stato di acuzie?

Innesto evidente ne' bruti, e nell' uomo.

§. 3. Il Dottor Buzzi di Firenze ha notato, che anche i polli per avere casualmente pascolato in mezzo ai cataplasmi impiegati nella cura degli oftalmici furono attaccati dall'oftalmoblenorrea; ma una dimostrazione evidente è stata citata più sopra. Il Dottor Fed. Jäger di Landshut, essendo persuaso, che per curare il panno cronico della cornea bisognasse rinnovare lo stadio acuto dell' oftalmoblenorrea (Vedi Capo XXVII. §. 1.) ha praticato l' innesto sopra gl' infermi, che si trovavano con tale malattia, prendendo il pus dagli occhi de' neonati che aveano l'oftalmoblenorrea acuta, e portandolo sul panno della cornea, e quantunque questa non sia la più facile a propagarsi pure vide rinnovarsi lo stadio acuto dell' oftalmoblenorrea, e molte volte con successo felice in riguardo al panno.

Contagio dell' uretra portato agli occhi.

§. 4. Anche la materia blenorroica dell' uretra attacca le palpebre, ed è sorgente di oftalmoblenorree acute gravissime in coloro, che all' oftalmia si trovano predisposti; di modo, che potrei citare varj esempj di persone affette da leggiera oftalmoblenorrea, le quali subito dopo aversi preso sollazzo con femmine impure ebbero a soffrire lo stadio acuto gravissimo, e poche ore dopo vennero a domandar le mie cure con ambedue le cornee distrutte per la suppurazione; ho notato fra gli altri un tal caso disgraziato nella persona di certo Antonio Cannizzaro, che divenne cieco nell' età d' anni 19.

§. 5. Se così è, e se la materia separata nelle stadio acuto è sommamente caustica, verdastra, ed acre perchè non dovremo riguardarla come contagiosa? Ragioni manifeste del contagio.

§. 6. Ma una maggior pruova del contagio l'abbiamo osservata l'anno 1825 nell'epidemia di Palermo nelle sale degli oftalmici gravi. Chiunque fosse entrato la mattina senza prevenzione; appena vi si fermava pochi minuti risentiva delle pungiture sulla sclerotica, e i di lui occhi si facevano rossi, e lagrimosi, indi separavano cispa in guisacchè io medesimo mi trovai attaccato da tutti i sintomi dell'oftalmoblenorrea e fui più fiate costretto ad applicarmi il laudano, ed anche la pomata del janin, i quali rimedj usati avendoli in tempo troncarono i progressi del male felicemente, e la medesima cosa ebbe a soffrire il Dottor Castellaccio mio primo assistente, che fu guarito allo stesso modo. Egli si era trovato altra volta in uguale pericolo per aver curata l'oftalmoblenorrea nel deposito generale degli oftalmici l'anno 1817; allora ne venne sì violentemente affetto che fu d'uopo ricorrere all'applicazione delle sanguisughe. Così ho saputo ultimamente che il Professore Graefe ha raccolto analoghe osservazioni in Prussia. Segni di contagio osservati in Palermo.

§. 7. Vero è peraltro che l'oftalmoblenorrea è più contagiosa nello stadio acuto, e tanto più lo è quando l'acuzie sia più violenta in guisacchè ho riconosciuta in Palermo l'esistenza di un vapore contagioso, e nell'anno 1818 al deposito generale de' militari oftalmici avea osservato molte recidive sorgere all'improvviso in taluni infermi per l'arrivo di altri, i quali soffrivano l'oftalmoblenorrea in un grado acutissimo, nè a verun altra cagione si potevano quelle attribuire perchè gli uomini erano ben curati, e ben nudriti e perchè le recidive cominciavano dal luogo in cui venivano collocati i gravi dimodoche un giorno io fui veramente spaventato della facilità colla quale propagavasi il contagio veduto avendo, che in termine di due soli giorni le oftalmoblenorree croniche, e leggiere erano diventate acutissime, e gravi in un'intera linea di ammalati subito dopo l'arrivo di un solo gravissimo, in modo che dodici a destra, e dodici a sinistra di quello furono attaccati gravemente l'uno dopo l'altro, ed avendo fatto passare in un altra sala tutti i 25 citati individui, e postevi le Vapore contagioso, e segni di contagio.

sentinelle cessò interamente la propagazione delle recidive sugli altri 200 oftalmici.

Molte persone restano illese perchè non predisposte.

§. 8. Ciò non di meno si è notato con piacere in quella occasione, che restarono illese tanto le sentinelle, come gl' infermieri, ed i chirurghi, nè potei allora riconoscere il vapor contagioso osservato tanto chiaramente nell' oftalmia di Palermo. Il vedere taluni individui restare immuni porta i colleghi a credere non esser contagiosa l' oftalmoblenorrea; sennonchè è ormai provato, che in qualunque caso di contagio, non tutti gl' indidui che avvicinano gl' infermi vanno soggetti alla malattia, nè in tutti gli stadj il pericolo è ugualmente grave.

Due cause del contagio.

§. 9. In fatti ne' casi di oftalmoblenorrea cronica ho veduto i bambini allattanti non communicare il male alla madre, nè il marito alla moglie, perchè la propagazione dipende e dalla forza della materia contagiosa, e dalle predisposizioni, che l'uomo porta alla malattia, non che dai veleni, che alterano la macchina.

Osservazione memorabile.

§. 10. Sarà sempre per me memorabile l'osservazione fatta nel 1815 nella disgraziata famiglia di Gioacchino Pacchiano venditore di merci al minuto, quest' uomo si avea richiamato in casa un figlio perchè abitando nel Reale Albergo de' poveri era stato affetto da oftalmoblenorrea grave, e ben tosto egli medesimo si trovò gravemente affetto ad ambe gli occhi, ed in pochissimi giorni lo stesso male si propagò a tutti gli altri sette suoi figli, ma la moglie sua quantunque allattasse il più picciolo di questi, e portasse le sue cure all' intera famiglia alloggiata in luogo molto angusto nulla ebbe a soffrire; e fu la sola che rimase illesa.

Distruzione avvenuta nel padre, e guarigione di tutti i figli.

§. 11. Io fui chiamato troppo tardi perchè il padre trovandosi affetto prima da grave sifilide presentava di già ambedue le cornee esulcerate profondamente, e distrutte; mi riuscì per altro di veder guariti tutti gli otto di lui figli, stabilmente nel termine di quattro mesi, e considerando perchè il male avesse fatto in lui così rapidi progressi, io sospetto esser ciò derivato e dall' influenza della sifilide, e dal mal calcolato uso de' cataplasmi di pane, e latte, i quali non altro avean potuto fare, che rinserrare le materie sull' occhio, e fomentare la loro degenerazione.

§. 12. Quanto alla moglie sua, questa donna io l'ho mostrata più fiate nella scuola, ed a' professori dell' arte nostra, come un modello dello stato il più normale degli occhi, e della impassibilità alle oftalmie perchè essa ha le palpebre levigatissime nell' interno, giallastre e non rossigne, e tutta la congiuntiva compatta, e sottile cosicchè non vi si vede un solo vaso sanguigno, nè mucosità palpebrale; ed ecco perchè ha potuto restare illesa dal contagio, mancando qualunque apparenza d' irritazione palpebrale.

Stato normale di salute agli occhi.

§. 10. Io non pretendo per altro di sostenere che sempre l' oftalmoblenorrea aver debba la sua origine da contagio, che anzi l' ho veduta qualche volta sorgere sporadicamente, e potrei citarne parecchi esempj tanto in fanciulli neonati di famiglie agiatissime, i quali non aveano avuto verun contatto con persone infette, e i di cui genitori erano immuni da oftalmie, e sifilide, quanto negli adulti sani ed immuni da contatto con persone affette.

Si vede anche sporadica.

§. 14. In questi casi il male l' ho veduto nascere posso dirlo sotto a' miei proprj occhi poichè essendo stati portati i bambini fuori di casa senza riguardo alle giornate di aria fredda, ed umida aveano cominciato subito a sternutare, e piangere, e nell'indomani erasi manifestata una forte coriza accompagnata da oftalmoblenorrea.

Casi di sviluppo.

§. 15. Così ho veduto de' giovani cacciatori, i quali non aveano verun contatto con persone affette da oftalmie, e che per essersi adagiati ne' contorni del campo di marte, ed addormentati in piena aria ne' luoghi umidi, presso Capodichino mentre erano tutti grondanti di sudore furono ben presto colti da gravissima oftalmoblenorrea con ascessi alle cornee; perchè la luce, il sole, la polvere, ed il violento esercizio aveano già determinato molto sangue agli occhi, e la soppressione del traspirato avea eccitato un processo morboso sulla parte più alterata, ed indebolita del sistema dermico, cioè sulla congiuntiva, e nelle vicine ghiandole meibomiane.

Oftalmoblenorrea osservata ne' giovani cacciatori.

§. 16. Trovo anche ne' miei particolari registri notati i casi di due giovani inglesi, quali venendo direttamente dall' inghilterra fermatisi a Roma per alcuni giorni ebbero la sfortuna di essere infetti da grave blenorragia uretrale, e moderatone appena il corso

Casi di blenorrea susseguita da oftalmoblenorrea.

infiammatorio si recarono a questa capitale, ma ben tosto salito avendo il sul Vesuvio in tempo di notte, e fermatisi nell'aria fresca dopo esser bagnati di sudore, furono presi da grave oftalmoblenorrea con ascessi alle cornee, talchè a stento mi riuscì di poterli guarire.

Spiegazione di questi fenomeni morbosi.

§. 17. Questi due giovani erano venuti in Napoli separatamente, nè aveano potuto contrarre il male per causa di contagio oftalmico non avendo communicato, che con persone sanissime, e trovandosi ottimamente alloggiati, e con tutta pulitezza tenuti, sicchè non ad altro ho potuto attribuire il loro male sennonchè all'irritazione portata sugli occhi dalle arene volanti del Vesuvio, ed al costipo del sistema dermico, il quale ha determinato sviluppo di oftalmoblenorrea, che prese ben tosto un carattere grave stante l'alterazione della mucciosa uretrale, e l'influenza consensuale dello stato blenorroico, giacchè numerosissimi esempj mi persuadono, che l'oftalmia prende forma blenorroica, e diventa ognor più grave, quando l'infermo trovasi già attaccato da contagio di tal natura alle mucciose de' genitali.

Questa può diventar contagiosa.

§. 18. Ecco degli esempj di oftalmoblenorea sporadica la quale può benissimo diventar contagiosa principalmente allorquando si trovino riuniti molti individui attaccati da essa in un luogo angusto, se si sviluppi il vapor contagioso osservato da me in Palermo, e dal Dottor Graefe in Prussia.

Osservazioni che hanno dimostrato la possibilità di un vapor contagioso senza contatto.

§. 19. Sembrami, che allora abbia luogo una specie di fermentazione blenorroica, e quindi l'evaporazione del materiale contagioso. Io per l'addietro credeva, che il male non potesse propagarsi sennonchè per via di contatto innestandosi il materiale blenorroico; ma dopo quel tanto, che nel 1825 ho sofferto io medesimo, ed il Signor Castellaccio nel passar le visite a Palermo entro le sale gravi, e dopo che molti giovani studenti, e molti chirurghi tanto tedeschi, che inglesi vennero meco in quelle sale, e subito accusarono la medesima sensazione, ed aveano gli occhi rossi, e lagrimosi senza ch'io loro avessi fatto prevenzione veruna, non ho più potuto dubitare nè del contagio nè della possibilità che qualche volta il male si propaghi, o per innesto, o anche per per evaporazione del materiale contagioso.

§. 20. Molti autori si ostinano a sostenere l'opinione, opposta perchè talune oftalmie non sono affatto contagiose, come in fatti ne' casi di oftalmia scrofolosa, ed in quelli di oftalmia interna che attaccasse o la cornea, o l'iride, o le altre membrane interne, mai ho trovato verun' indizio di contagio, e nemmeno posso riguardare come contagioso il flusso palpebrale, quantunque abbia veduto sovvente marito, e moglie, o anche famiglie intere attaccate da questa oftalmia per l' influenza di abitazioni umide, e malsane; ma questo medesimo flusso palpebrale attaccando già le ghiandole di meibomio degenera facilmente in oftalmoblenorrea, ed allora diventa contagioso.

Perchè non si creda contagiosa l' oftalmoblenorrea. Confondendola con altre oftalmie non contagiose.

§. 21. Da questi principj ne risulta la spiegazione del carattere grave, e contagioso che acquista l' oftalmoblenorrea, laddove molti uomini convivono in una stretta unione, principalmente allorquando molti di loro sieno affetti anche da mal venereo, o da sifilide. Ecco perchè l' oftalmoblenorrea grave s' insinua, e si propagi tanto ne' reggimenti, come nelle case de' poveri, e vi cagiona gravissime stragi.

Così s' intende come il contagio si manifesti, dove molti uomini sono riuniti.

§. 22. Dai tempi delle ultime guerre era rimasta in alcuni reggimenti di questo Regno delle due Sicilie la consuetudine di non mandare agli ospedali, nè i venerei, nè gli oftalmici, nè altre malattie giudicate lievi, e da ciò per l' appunto è insorta una differenza mirabile fra le oftalmie, che dominarono nelle due armate esistenti allora in questo regno, e per darne un chiarissimo esempio basterà il dire, che al cominciare del 1825 ho dovuto curare in Palermo 311 oftalmici nostri, e due soli austriaci, nè ve n' era nessun altro fra questi con oftalmoblenorrea, eppure la nostra guarnigione, allora non contava, che 1800 individui, e gl' imperiali erano ben diecimila.

Consuetudini, che hanno influito a propagare il male ne' reggimenti.

§. 23. Nè videsi mai l' oftalmoblenorrea diffondersi notabilmente fra gli austriaci, che soggiornarono in questo Regno perchè quando uno di loro fosse stato affetto o da oftalmia, oppure da blenorragia uretrale venerea, subito passava nell' ospedale, ed i capi dell' esercito erano attentissimi ad impedire, che nè i venerei, nè gli oftalmici venissero curati nelle caserme, ed a questa riunione de' due contagi, io credo doversi attribuire la intensità, e la fatale propagazione che si è osservata nel 1825 in Palermo.

Regole osservate dalle truppe austriache.

Separazione utile degli oftalmici dagli altri militari.

§. 24. Per questo appunto allora solo cominciò a diradarsi l'oftalmia, quando ho potuto raccogliere gli oftalmici negli ospizii destinati per essi, e curare i più gravi alla Zisa, i men gravi alla Sesta casa, ed i convalescenti agli Scalzi.

Provvidenze utili osservate nel Reale albergo de' poveri.

§. 25. Nella stessa guisa si liberò quasi interamente dalle gravi oftalmoblenorree la gioventù ricoverata quì a Napoli nel Reale Albergo de' poveri, stante le riparazioni di cui ho parlato in questo libro, e la separazione de' gravi da più lievi, e de' sani, dagli oftalmici.

CAPO XXX.

Delle oftalmie interne primitive.

Perchè si spieghi ancora qualche cosa intorno alle oftalmie interne.

§. 1. Ho descritto come le oftalmie esterne attacchino talvolta le interne parti dell' occhio per causa di una degenerazione, ed in questi casi lo stato dell' occhio non differisce punto da quello che osservasi nelle oftalmie interne primitive. La differenza consiste nella maniera dello sviluppo, talchè quanto ho spiegato riguardo allo stato patologico delle parti, ed alle cure da praticarsi servir potrebbe ora di norma ad ogni buon medico, ma per maggiore soddisfazione del mio lettore aggiungo talune dichiarazioni in proposito.

Come si presenti l'infiammazione.

§. 2. Le parti attaccate in caso di oftalmia interna sono la cornea, o la sclerotica, o l' iride, o la coroidea, o la retina, o il vitreo, o il cristallino, e sue casule, senza che prima sia stata alterata nè la congiuntiva, nè le ghiandole del Meibomio.

Quando, e come si presenti la corneitide.

§. 3. L' infiammazione della cornea che noi chiamiamo corneitide primitiva attacca più facilmente i giovanetti di temperamento scrofoloso giunti oltre l' epoca della pubertà. Il male presentasi come se vi fosse qualche nubecola, ma non vedesi molto sangue, nè arrossimento dell'occhio, e l'infermo non accusa veruna incommodità, se si eccettui quella di vedere gli oggetti alquanto offuscati, e poichè egli non sente dolori, nè vedesi molto infiammato il di lui occhio, non solamente le persone del volgo, ma talvolta

anche i medici riguardano questa oftalmia come cosa da potersi trascurare, e si lusingano vederla guarita con tutta facilità.

§. 4. In seguito il male cresce, compariscono sulla cornea due, o tre macchiette gialle tondeggianti, le quali risultano da raccolta di linfa e questa degenerando forma degli ascessi, che si aprono al di fuori separatamente, oppure si uniscono prima in un solo, e ne risulta una, o più ulceri. Altre volte in vece si versa nel tessuto della cornea una sostanza albuminosa che ne aumenta il volume senza distruggerla, e la rende opaca producendo talora lo stafiloma opaco, ed in qualche raro caso lo stafiloma trasparente del quale ho parlato (Vedi Tav. VII. Fig. 1.).

Ascessi, ed ulceri consecutive.

§. 5. Questa oftalmia suole essere oltremodo pertinace, e di lunga durata, e deve curarsi come l'oftalmia scrofolosa replicando bene spesso, e per lungo tempo l'uso delle sanguisughe applicate in vicinanza agli angoli dell'occhio, e cangiando il sito dell'applicazione da farsi ogni due o tre giorni al più finchè il difetto della cornea sia interamente dissipato; ho registrato de' casi nel mio giornale ne' quali la corneitide ha durato mesi ed anni, e fu d'uopo ricorrere all'applicazione di 70, 80 sanguisughe in più, e più fiate innanzi di veder cessare l'oftalmia, e le sue recidive perchè l'uomo erasi presentato con un panno della cornea risultante da corneitide negletta sul cominciare.

Carattere ostinato di questa oftalmia.

§. 6. Oltre all'uso delle mignatte, e del laudano concentrato, che son mezzi di grandissima utilità devesi per altro usare anche le medicine interne, ed ho notato, che non si può quasi mai ottenere la sperata guarigione, o almeno, che questa si ottiene con molta difficoltà, e lentezza quando non si amministrino ogni mattina per bocca all'infermo almeno due o tre granelli del calomelano. Quando poi la malattia veggasi ostinata, e che vi sieno complicazioni o erpetiche, o scrofolose, o psoriche, o artritiche, allora a stagione opportuna aggiungo a quel tanto, che ho suggerito altresì l'uso del brodo di vipera, o del Rob di Lafecteur unito alla decozione di salsaperilla, la decozione della fumaria con lo zolfo, oppure le preparazioni della corteccia, e gomma di guajaco.

Necessità della cura interna e principalmente del calomelano.

§. 7. Quando la corneitide non si trovi complicata con panno, o con ulceri, o stafiloma la cura che ho spiegata può riguar-

Condizioni che rendono probabile la guarigione.

darsi come di un esito sicuro. Ma allorchè vi sono congiunte quelle alterazioni, il male è molto ostinato; ciò non di meno colla perseveranza nell'uso degli accennati rimedj sono sempre riuscito ad ottenere il mio intento, e solamente le parti disorganizzate prima non si son potute più rimettere a stato regolare, lo stafiloma dipendente da tessuto albuminoso opaco non si può mai render diafano, e similmente il leucoma, che risulta da cicatrice di un ulcere vasta, e l' ulcere profonda della cornea lasciano sempre una macchia indelebile perchè questi sono difetti organici; il panno potrà dissiparsi, e quando sia ridotto a stato cronico, si dovrà curare, come ho spiegato per quello prodotto da oftalmoblenorrea.

Si possono recidere gli stafilomi, e praticare la coropeja.

§. 8. Possiamo per altro ripianare gli stafilomi in molti casi mediante la recisione descritta, lib. II. pag. 303 e ne' casi di cheratoscotesi converrà praticare la coropeja subito cessata l' infiammazione, come ho esposto nel trattato della corotecnia.

Sviluppo dell' iritide primitiva e circostanze, che la producono.

§. 9. L' iritide può similmente svilupparsi come oftalmia primitiva cioè senza che abbia preceduto un' altra oftalmia. I soggetti attaccati da sifilide, da idrargirosi, o da artritide sono quelli, che più facilmente vanno soggetti a questo morbo, già nè sifilitici esiste un principio d' iritide perchè l' iride è contratta, e la pupilla vedesi eccentrica; oltre questi indizii, quando si sviluppa iritide l' uomo accusa dolori al contorno dell' orbita lungo i rami del quinto pajo, che aumentano quasi sempre di notte, l' occhio al di fuori sembra pochissimo infiammato, e l' infermo accusa di non poter tollerare la luce, ed ha una lagrimazione abbondante.

Cura dell' iritide ed alterazioni che hanno luogo quando non riesca.

§. 10. Se non si ricorra prontamente, e replicatamente all' emissione di sangue locale, all' uso dell' estratto di josciamo, e del calomelano internamente, come ho già spiegato parlando dell' iritide prodotta da oftalmia degenerata, facilmente addiviene che tutta l' iride s' infiammi, e veggansi molti vasellini rossi alla superficie di essa oppure diventa di un colore verdastro.

Alterazioni consecutive all'iritide quando non venga felicemente repressa.

§. 11. Talvolta vedesi della linfa, o del pus, e sorgono delle ragadi, e degli ascessi, vicini al margine pupillare dell' iride, i quali portano quando la suppurazione, e quando un versamento

di linfa che dà origine talora alla formazione della cateratta spuria (Vedi Tav. V. Fig. 4.) e talora all' ipopio, come ho descritto lib.II. pag.80. stimo inutile ripetere quel tanto, che ho già detto per regolare la cura interna dell' iritide quando venga sostenuta o da sifilide, o da idrargirosi, o dall' artritide.

Indole, e sviluppo della sclerotitide.

§. 12. La sclerotitide non suole essere di conseguenze tristi, ed è una forma di oftalmia la quale persiste a lungo in uno stato acuto senza degenerare; possiamo riconoscerla al primo suo apparire poichè l' infiammazione non ha sede ne' vasi sparsi per entro alla congiuntiva; ma si presentano de' gruppi di vasellini sanguigni strettamente addossati alla sclerotica (vedi Tav. VII. Fig. 2. e 3.) per lo più in numero di due o tre verso l' angolo esterno, e vedesi la congiuntiva passarvi di sopra co' suoi vasellini, mentre il globo dell' occhio si muove, e porta seco i gruppi vascolari della sclerotica, i quali potrebbero compararsi a de' mezzi acini di orzo rossicci aderenti strettamente alla sclerotica. Oltre a questa apparenza è da notarsi che l' infermo accusa quasi sempre un dolore cupo, e profondo singolarmente nel dopo pranzo sul luogo ove sono i gruppi sanguigni.

Alterazioni consecutive.

§. 13. Se il male persiste a lungo può alterarsi la forma della sclerotica, e ne deriva uno stafiloma, che spesso viene poi accompagnato da qualche alterazione della coroidea, e della retina (Vedi Tav. VIII. Fig. 4.).

Cura della sclerotitide.

§. 14. La cura della sclerotitide differisce pochissimo da quella dell' oftalmia scrofolosa fuorchè devesi usare il laudano concentrato più di sovvente, e ripetere le sanguisughe, anche quando sembra ridotta all' ultimo stadio cronico poichè l' utilità di questi rimedj mi è stata evidente in ogni tempo di questa oftalmia.

La coroiditide non è quasi mai principale.

§. 15. La *coroiditide* tanto acuta come cronica rare fiate osservasi nello stato di malattia primitiva, perchè quando incontrasi dipende quasi sempre da degenerazione di un' oftalmia, o da un' alterazione traumatica dell' occhio.

Sintomi di questa infiammazione.

§. 16. I sintomi ordinarj sono la dilatazione della pupilla, certe macchie rosse al fondo dell' occhio, le quali si presentano in mezzo al fosco della pupilla, e i dolori più violenti che nell' iritide attaccano i nervi del quinto pajo. D' ordinario apparisce un colore

fosco e rossiccio anche attraverso alla sclerotica, il quale dipende dall' aumento del pigmento nero che separasi in maggior copia dalla coroidea infiammata in questo stato di acuzie. Questa infiammazione porta grave pericolo di una pronta distruzione della retina. Bisogna dunque riccorrere colla massima efficacia alle cure prescritte per l' iritide, usando anche una copiosa emissione di sangue o dalla jugulare o dal braccio, e qualche volta mi è riuscito troncare il corso di questa oftalmia con una copiosa amministrazione del tartaro emetico.

Corso lento, ed origine di altri disordini.

§. 17. Altre volte la coroiditide ha un corso molto lento e cronico talchè riesce quasi impercettibile; in questo caso se non si cura opportunamente vedesi a poco a poco svilupparsi l' amaurosi ed il glaucoma o il fungo ematodes (Vedi Tav. VIII. Fig. 5. e Tav. IX. Fig. 2.), e la cura locale sarà sempre quella indicata per l' iritide ma bisognerà correggere i veleni o scrofoloso, o venereo, o sifilitico, o artritico, o psorico, mediante le interne cure di già descritte, e gioverà al tempo stesso determinare qualche processo infiammatorio di lunga durata in parti lontane dall' occhio come raccomandano molti maestri cioè applicare quando il setone alla nuca, quando la moxa, ed il fuoco lungo la spina dorsale o la pomata di Gondret sul sincipite, sulle apofisi mastoidee o anche sulle palpebre.

Rare fiate produce infiammazione del vitreo, ma sorge questa da altre cagioni.

§. 18. Sebbene l' infiammazione della coroidea e dell' iride possa talvolta determinare l' infiammazione dell' umor vitreo, pure questo caso è raro, e per lo più l'infiammazione del detto umore deriva da cagioni traumatiche come si osserva dopo l' operazione della cateratta o della pupilla artificiale male eseguita.

Altre cagioni che producono l' infiammazione del vitreo.

§. 19. La contusione dell'iride eccita bene spesso un infiammazione delle membrane interne con ipopio ed il pus eccita talmente l' umor vitreo che lo fa passare in istato d' infiammazione, altre volte dopo le operazioni citate resta fuori dell' occhio qualche fiocco dell' umor vitreo e se questo per la sua tenacità o per causa di una debole contrazione del margine della cornea non si distacca dalla parte interna cade in uno stato di suppurazione che propagasi alle interne parti dell' occhio e così dà principio alla infiammazione dell' umor vitreo, allora l' occhio si gonfia enorme-

mente dolori profondi ed insopportabili si sviluppano e la sostanza dell' umor vitreo cangiasi in una sostanza carnosa rosseggiante che assomiglia ad una spugna imbevuta di sangue (Vedi. Tav. IX. Fig. 4.); io credo che la jaloide ed il tessuto cellulare del vitreo si riempiscano di sangue come osservasi avvenire nel tessuto della cornea o della congiuntiva quando sono infiammate.

Durata dell'infiammazione e sue conseguenze.

§. 20. Questo stato d'infiammazione dopo le ferite della cornea sussiste pel corso di 40 giorni e qualche volta dura fino a 6 mesi; i contorni della ferita cadono in suppurazione e dietro la cornea non vedesi che pus oppure una massa di vasi sanguigni; in questo stato di cose se l' uomo è mal disposto non è raro il caso che si sviluppi un carcinoma, ma nella maggior parte l'infiammazione finisce coll'atrofia dell' occhio e vi rimane una certa sensibilità per cui qualunque disordine o soppressione del traspirato eccita una irritazione insopportabile nell' occhio analoga all' iritide.

L' ipopio potrà determinare gli stessi effetti.

§. 21. Dopo quel tanto che ho spiegato vedersi ne' casi più comuni di jaloiditide è facile concepire che qualunque volta un' oftalmia svilupperà un ipopio, la materia purulenta potrà dar principio ad una infiammazione profonda, la quale propagandosi al tessuto vitreo potrà alterarlo nel modo descritto più sopra.

Cura della jaloiditide.

§. 22. La cura della jaloiditide si riduce all' applicazione frequente delle sanguisughe alla amministrazione del calomelano la mattina e dell' estratto di josciamo la sera, inoltre bisogna tenere l' infermo ad una dieta moderata lontano dall' impressione dell' aria e della luce viva, perchè irritando l' occhio sano sviluppasi irritazione maggiore nell' altro. Alterando il sistema dermico si rinnova l' infiammazione dell' organo alterato e sorgono frequenti e pericolose recidive. Se dominassero veleni scrofolosi, sifilitici, o idrargirici converrà regolare la cura interna, come si è già spiegato; e solo in questi casi si potrà sperare un risultato felice purchè si giunga a tempo colle dette cure.

Infiammazione del cristallino.

§. 23. L' infiammazione del cristallino attacca quasi sempre la sola casula, essa non ha mai il carattere così violento, come l' infiammazione, che ho descritta più sopra, e suol derivare da un' oftalmia cronica esterna, la quale và a terminare spandendosi sulla casula; ed altera quando la casula, e quando tutto il corpo cri-

stallino in guisa, che ne risulta una cateratta infiammatoria (Vedi lib. III. pag. 47.) alle volte l'alterazione della citata membrana determina cateratta casulare per cui la casula sembra una seconda cornea densa, e tenace, ed altre fiate si aggrinzisce, e forma la cateratta arido-siliquata.

Cura da usarsi.

§. 24. La cura deve essere la stessa, che quella descritta per la corneitide, e se il malato verrà curato a tempo, ed a dovere si eviterà la formazione della cateratta.

Infiammazione del cristallino da cause traumatiche.

§. 25. Talune fiate l'infiammazione del cristallino è l'effetto di cause traumatiche. Una ferita della cornea, o una forte contusione, che giunga ad alterare la casula, o a scomporre l'organo cristallino può eccitare l'infiammazione, che lo rende opaco; talvolta la casula si raggrinza e s'inaridisce formando quella cateratta, che venne descritta da Gio: Adamo Schmidt sotto il nome di arido-siliquata, altre volte il corpo cristallino cade attraverso al margine pupillare, ed irritando l'iride eccita un' iritide, ed anche un' infiammazione della casula, come abbiamo osservato in clinica l'anno 1826 nel caso di Vito Aleretti (Vedi lib. III. pag. 50.).

Casi d'infiammazione dipendente da convulsioni.

§. 26. Ho veduto qualche caso in cui le contrazioni violente de' muscoli dell'occhio hanno determinato la lacerazione della casula, e lo sviluppo della infiammazione casulare da cui è venuta la cateratta arido-siliquata.

Rimedj vantaggiosi.

§. 27. In tutti questi casi sul cominciare i rimedj più conducenti sono state le frequenti applicazioni delle sanguisughe, l'amministrazione del calomelano, ed anche quella del tartaro emetico dati come rimedj interni opportuni a togliere lo stato irritativo, ma formata la cateratta ogni medicina è inutile.

Infiammazione della retina acuta e cronica.

§. 28. L'infiammazione della retina è ordinariamente conseguenza di una coroiditide, o di una jaloiditide violenta, ed allora non si arriva quasi mai a tempo opportuno onde frenarla con successo, quando essa ha uno sviluppo isolato suole essere di un corso lento e determina un glaucoma, oppure un' amaurosi ben difficili a curarsi, fuorchè nei casi in cui l'infiammazione cronica fosse dipendente, o da sifilide, o da idrargirosi.

Cure sperimentate utili.

§. 29. In questi casi il sublimato, oppure nel caso opposto il Rob sono i rimedj interni che mi hanno portato buonissimi effetti

combinati quando coll' ago-puntura , e quando col metodo usato dal Dottor Gondret di cui parlerò nel trattare dell' amaurosi.

CAPO XXXI.

Intorno al Glaucoma , al Fungo ematodes , e cancro dell' occhio.

§. 1. Sventuratamente le tre accennate infermità sono quasi sempre incurabili , esse dipendono da un movimento infiammatorio lento , quando della jaloidea, e quando della retina. Ne' primi due casi , e nel caso di cancro l' infiammazione deriva da una singolare predisposizione , o da un veleno latente , che sviluppa un' alterazione cancerosa nelle membrane dell' occhio per causa di oftalmia o reumatica , o traumatica. Origine di tre alterazioni quasi incurabili.

§. 2. Solamente al primo cominciare di quell' infiammazione , che può ridur l' occhio in uno di questi tre stati, è possibile qualche volta troncarne l' origine curando bene l' oftalmia. Quando si possa evitare il male.

§. 3. Il Glaucoma consiste nell' opacità o addensamento dell' umor vitreo , questo incomincia sovvente in un modo impercettibile , vedesi appena un cangiamento di colore nel vitreo talchè la pupilla apparisce , o cinerea o piombina , o di un color d' acqua marina , e la vista comincia a farsi meno chiara , indi s' indebolisce , e si adombra (Vedi Tav. VIII. Fig. 5.). Come incominci il glaucoma.

§. 4. Qualche volta il vitreo diventa giallastro , è liquido , ed allora ha luogo la degenerazione chiamata linchisi nella quale il vitreo si fonde, e vedesi l' iride farsi tremante ne' varj movimenti dell' occhio , come osservasi dopo l' operazione della cateratta ; e talvolta formasi , o l' amaurosi , oppure la cateratta arido-siliquata , che sono effetti di una mancanza di vitalità nelle parti profonde dell' occhio. Altra degenerazione del vitreo.

§. 5. Nel glaucoma il vitreo , che si addensa prende talvolta un colore perlino, ed altre volte l' occhio diventa atrofico, ed il vitreo allora prende un color bianco matto, in ambedue questi casi si sviluppa un' amaurosi organica incurabile. Alterazioni del vitreo nel glaucoma.

Cure da tentarsi a principio.

§. 6. Al primo apparire di queste alterazioni devesi cercare di troncare l'infiammazione mediante copiose applicazioni di mignatte al contorno dell'occhio, e mediante la somministrazione del calomelano internamente, ma appena passato il primo stadio bisogna rianimare le parti con l'uso interno delle polveri inglesi, dell'arnica, ed assafetida, del cinabro, ed altre medicine eccitanti e nervine, ma localmente gioverà l'ago-puntura, le frizioni aromatiche, e le fosforiche.

Cure vantaggiose.

§. 7. È inutile ch'io dica quanto convenga la cura mercuriale in caso di sifilide, il rob nell'idrargirosi, ed il trattamento già spiegato nelle oftalmie artritiche, quando ciò venga riconosciuto opportuno dalla perspicacia del medico.

Origine del Fungo ematodes.

§. 8. Il *Fungo ematodes* non differisce molto nell'apparenza dal glaucoma al suo cominciare esso ha origine da una infiammazione cronica della retina, o della sostanza midollare del nervo ottico per cui queste parti si sviluppano, e formano una specie di ganglio nervoso.

Infiammazione cronica della polpa nervosa.

§. 9. Qualche volta l'infiammazione cronica rende ingrossata la porzione vascolare della retina, ed anche della jaloide, ed allora sviluppasi un tumore nel centro dell'occhio, che non eccita forti dolori, nè da principio si altera la facoltà visiva (Vedi Tav. IX. Fig. 2. e 3.).

Infiammazione propagata ai vasi sanguigni.

§. 10. Questa alterazione bene spesso propagasi anche ai vasi della coroidea, ed allora i suoi progressi sono più rapidi e sviluppasi un tumore dolente composto di vasi sanguigni, e polpa nervosa, che fa screpolare la cornea. Esce al di fuori un tumore pieno di grumi di sangue, e dolente, il quale finisce per propagarsi fino al cervello, e determina la morte dell'infermo.

Pericolo dell'estirpazione e necessità di praticarla da bel principio.

§. 11. L'estirpazione medesima in questo stato di cose riesce più dannosa, che utile perchè il maneggio del tumore riesce così dolente, quando sia voluminoso che l'infermo quasi sempre perde la vita, e perciò bisogna ricorrere da bel principio a questo espediente, quantunque essa sia un'operazione assai disagradevole per ogni oculista, che si occupa non mai di distruggere ma di conservare gli occhi, e la vista.

Perchè non debba essere pericolosa l'estirpazione.

§. 12. Io non ho avuto opportunità di praticarla, ma non la credo affatto pericolosa, quando sia eseguita a tempo, giacchè

l' ho veduta eseguire due volte da chirurghi di abilità senza che eccitasse neppure febbre, e mi sono trovato in Firenze allorchè un pazzo cavò ad un suo compagno ambedue gli occhi servendosi di un semplice dito e si vide, che tale estirpazione barbara non avea eccitato neppure la febbre.

Casi di cancro derivati da prediposizione.

§. 13. Quanto al cancro dell' occhio io l' ho osservato ben di rado, e quando l' ho veduto trattavasi di persone predisposte a sì fatto disordine nelle quali, o un oftalmoblenorrea, oppure un oftalmia traumatica grave ha derminato questa specie di degenerazione.

Cura dell'ulcere esterna carcinomatosa.

§. 14. Se si trattasse di una esulcerazione carcinomatosa all' esterno dell' occhio si potrebbe sperare di guarirla mediante l' applicazione dell' empiastro di Hellmund, e mediante l' uso interno della cicuta, e del calomelano.

Estirpazione da praticarsi sollecitamente in caso di canchero.

§. 15. Se il canchero occupa il globo dell' occhio profondamente bisognerà passare all' estirpazione innanzi, che il periorbita cominci ad alterarsi, in qualche caso erano attaccate anche le ossa, ed allora il chirurgo le ha portate via, o le ha bruciate; ma quando le cose sono giunte a questo punto è ben raro, che si possa riuscire a salvare la vita dell' infermo, poichè essendovi sempre un veleno canceroso le cure locali, ed anche generali quasi mai riescono compiutamente, e la malattia ripullula su altri organi.

CAPO XXXII.

Dell' oftalmia traumatica.

Cosa s'intenda per oftalmia traumatica.

§. 1. Questa oftalmia è quella che viene prodotta da urto di corpi esterni, essa è l' effetto di corpi, i quali agiscono meccanicamente, oppure chimicamente, talchè osservasi dopo le grandi operazioni praticate nell' occhio, oppure dopo l' urto di corpi contundenti, o dopo l' irritazione di materie portate sull' occhio; come sono esplosioni di polveri fulminanti, fuoco, acidi, oppure ogli ardenti.

Casi semplici ed altri pericolosi.

§. 2. Quando il corpo vulnerante ha solamente alterata la superficie, e non resta piantato nell' occhio l' oftalmia si può dissi-

pare quasi da per se; ma se le membrane sono profondamente ferite, e se la contusione si è propagata fino al corpo cristallino le conseguenze sono pericolose per l' organo, e la visione potrebbe perdersi, come accade se i nervi abbiano ricevuta una forte scossa.

Ferite della cornea pericolose.

§. 3. Tutte le volte, che un corpo straniero avrà portato soluzione di continuo nella cornea, ne risulterà un ulcere, la quale ancorchè guarisca lascierà una traccia di se, dovendone risultare necessariamente una cicatrice, ossia un leucoma, che potrebbe impedir la pupilla, e dar luogo alla corotecnia (Vedi lib. II. pag. 101.).

Effetto osservato da' corpi stranieri piantati nell'occhio.

§. 4. Ho veduto de' corpi stranieri sbalzare nell' occhio in modo, che vi restavano piantati, e formavano il fomite di una suppurazione, ciò arriva pur troppo sovvente ai ferrai, ed ai tornitori, ma la guarigione è stata sollecita quando ho potuto estrarli a tempo. Non così riesce ne' contadini, ai quali talvolta una spica di grano sbalza contro l' occhio, e vi lascia impiantata porzione di una resta, la struttura dentata di queste festuche è tale, che s' insinuano nelle carni, e penetrano nell' occhio determinandovi una gravissima infiammazione, e suppurazione, in questi casi è raro, che l' oculista giunga a tempo, onde estrarre la pagliucca, o la resta innanzi che l' occhio sia nello stato di suppurazione, la quale induce la sua distruzione, ma se giugnesse a tempo levato, che sia il corpo straniero si vedrà cessare l' oftalmia. Qualche volta osservasi invece, che un corpicciuolo levigato, e poco voluminoso si forma come una fossetta sulla superficie dell' occhio, e vi determina una irritazione quasi direi interminabile.

Storie di osservazioni simili.

§. 5. Riferirò a proposito di quanto ho detto due brevi storie, che trovo registrate nel mio giornale privato, e che potranno servire di norma la lettore nella sua pratica.

Resta di paglia tolta via dal centro della cornea con successo ottimo.

§. 6. Fu nell' anno 1813: che trovandomi a Rimino venne una giovanetta a chiedere il mio consiglio perchè tormentata da oftalmia con ulcere al centro della cornea sinistra, ed avendola io giudicata per un' oftalmia scrofolosa le prescrissi la consueta cura; frattanto con mia sorpresa ritornò dopo 5 giorni in uno stato peggiore, talchè fattomi ad esaminarla con più attenzione, co-

nobbi che il male aveva preso origine istantaneamente; nell' atto in cui stava nettando colla spazzola un vestito e mi disse; che quella era di sagina, locchè mi ha dato l' idea che una festuca fosse andata a piantarsi nell'occhio, e mirandovi bene la riconobbi nel centro dell'ulcere, ma avendo provato di staccarnela mediante un' ago lanciato, mi accorsi che s'infossava ognor più laonde preso risolutamente un coltellino da cateratta ho fatto due tagli diretti l' uno verso l' altro vicino al centro dell' ulcere in modo che ho portato via un pezzettino della cornea con dentro quella festuca la quale era causa del male, e nel termine di tre giorni si trovò guarito l' occhio, ed osservatolo qualche tempo dopo vi trovai appena un segno della ferita alla cornea così impercettibile che si sarebbe giudicato da chiunque interamente sana.

Caso di un granellino di sabbia piantatosi nella cornea.

§. 7. L' altra storia che s' appartiene al secondo caso l' ho registrata nell' anno 1822. Un signore il quale stavasi ai bagni d' Ischia uscito una mattina dal bagno incominciò a soffrire come delle pungiture nell' occhio destro, in seguito questo si fece rosso, lagrimoso, e le palpebre erano gonfie, nè per quante cure venissero praticate mai vedevasi svanire quella ostinata ma leggiera oftalmia, talchè radunati egli in sua casa professori di molto sapere volle che insieme convenissero del migliore espediente da praticarsi, e come la pertinacia dell' oftalmia e la continua lagrimazione la rendevano somigliante ad una iritide sifilitica, furono d' avviso doversi riccorrere all' amministrazione interna del mercurio, ed all'uso de' legni indiani. Provando l' infermo una ripugnanza per questa cura venne subito da me per un'altro consiglio, ed osservato l' occhio riconobbi un corpicciuolo nerastro essersi piantato vicino al centro della cornea destra il quale nascondeva non la pupilla ma bensì una parte della cornea; avvisato di ciò l' infermo non voleva credermi dicendo che la Signora sua aveva avvisato i medici di questa macchietta nera formatasi sull'occhio dopo ch' era ammalato, ma ch' eglino l' avevano giudicata una macchia naturale dell'occhio, laonde senz'altri discorsi tirata dal mio portafoglio una spattolina d' argento levai via quel corpo, e glielo presentai, perchè era un granellino di arena nera, e subito cessò la lagrimazione e quel tormento dell' oftalmia, e fu in pochi giorni guarito perfettamente.

Si è parlato già dell'oftalmia traumatica, che sorge dopo le operazioni; e si parla delle ferite, che alterano il cristallino.

§. 8. Lascio di parlare dell' oftalmia traumatica consecutiva alle grandi operazioni perchè ho descritto le cure da tenersi in seguito della coropeja, e della ecraxis; e quelle cure dovranno altresì praticarsi qualunque volta la cornea fosse stata profondamente ferita per accidente, avvertendo che se la casula sarà stata offesa, o il corpo cristallino sarà stato sconcertato sempre avrà luogo la formazione di una cateratta, la quale può col tempo venire assorbita in qualche caso ben raro; e quando ciò non avvenga passati, che sieno tre mesi dall' epoca della ferita si dovrà praticarne l' estrazione.

Forma della cateratta traumatica.

§. 9. In questo caso per lo più la cateratta traumatica è picciola in tal guisa, che passa facilmente per la ferita che si eseguisce nella cornea, ma quasi sempre và essa congiunta a ristringimento della pupilla perchè l' iride ha sofferto qualche danno dal corpo feritore, oppure nel tempo della cura è stata spinta entro i margini della ferita, e ne è insorta una sinechia; ed in questi casi siamo costretti a praticare il metodo complicato di ectomia con ecraxis (vedi lib. III. pag. 217.).

Se l'infiammazione traumatica si propaga alla coroidea vi sarà grave pericolo.

§. 10. Qualunque volta le ferite dell' occhio abbiano determinato un' infiammazione, la quale dall' iride siasi propagata alla coroidea, l' organo della vista sarà nel massimo pericolo perchè o l' amaurosi, o l' atrofia saranno le inevitabili conseguenze.

Cosa si potrà fare in questi casi.

§. 11. Da quanto ho detto s' intende che ne' casi di oftalmia traumatica l' oculista potrà impedire i progressi del male quando sarà offesa la sola superficie dell' occhio, e potrà molte fiate liberarlo da' corpi stranieri piantati nelle sue membrane salvandolo dal pericolo della distruzione, ma quando le ferite giungano nel tessuto dell' organo cristallino la cateratta sarà inevitabile, e talvolta anche l' alterazione della pupilla, se invece il cristallino sia rimasto illeso potremo sovvente conservare l' occhio mantenendo la pupilla in sito mediante la semplice chiusura delle palpebre; ma se le interne membrane saranno infiammate o il vitreo cadrà in suppurazione l' amaurosi organica sarà inevitabile.

Stato acuto permanente a lungo.

§. 12. In generale però si osserverà che in qualunque oftalmia traumatica l' irritazione persisterà a lungo nello stato acuto talchè riusciranno costantemente utili le sanguisughe, mentre il laudano

il più leggiero susciterà nell' occhio una dannosa irritazione anche dopo qualche settimana, e perciò devesi proscrivere in tutte queste oftalmie.

§. 13. Allorchè le oftalmie traumatiche saranno prodotte dai caustici portati sull' occhio come sarebbe la calce, gli alcali caustici, gli acidi minerali, ed anche il fuoco si vedrà insorgere un' oftalmia, che da bel principio sembrerà di poco momento, ma che avrà una lunga durata, e produrrà quando escrescenze carnose ostinate sulla cornea, e quando l' anchiloblefaro, oppure l' ettropio di un indole assai difficile a curarsi perchè la maggior parte delle medicine topiche, ed anche le estirpazioni non fanno altra cosa, che eccitare nuovi sviluppi d' infiammazione e nuovi tessuti dannosi. Oftalmie causate dai caustici.

§. 14. In tutti questi casi il mio laudano riesce irritante anche passato che sia un mese o due dal primo accesso dell' oftalmia. Il rimedio, che più mi è riscito addattato a calmare l' irritazione portata dai caustici è stato il fiore di latte, oppure anche l' oglio introdotto sull' occhio mediante un penellino di vajo subito dopo l' irritazione causata dal caustico, e tali rimedj hanno anche servito a portar via le particelle irritanti. Il Laudano è dannoso, e giova il fior di latte, e l' oglio.

§. 15. Inoltre le sanguisughe applicate colla solita regola mi sono riuscite utili, e ne ho fatto uso per settimane, e mesi finchè l' oftalmia ha ceduto interamente. È innegabile, che in questi casi gioverà sempre tener l' uomo fuori dell' impressione dell'aria fresca, ed umida, ed anche della luce troppo viva, non che mantenere il ventre libero con qualche purga addattata. Cure da tenersi in questi casi.

§. 16. Qualunque volta ho creduto che potesse giovare l' estirpazione delle escrescenze se queste erano di un rosso vivo, e se non erano passati almeno tre mesi dall' epoca della causticazione sempre ho veduto svilupparsi dopo il taglio una irritazione dannosa. Estirpazioni dannose.

§. 17. Le ferite più pericolose sono quelle prodotte dalle armi da fuoco, o da corpi slanciati con impeto contro l' occhio, o contro i nervi, che lo circondano, singolarmente quando penetrano fino al vitreo. Ferite più pericolose.

§. 18. È noto da tempi remotissimi, che una ferita contusa portata sul nervo sopraorbitale cagiona facilmente l' amaurosi. Lo Contusione del nervo sopraorbitale e dell' infraorbitale.

stesso ho veduto più fiate avvenire per una contusione portata sull' infraorbitale , e talvolta l' amaurosi ha avuto luogo nell' occhio opposto a quello ferito. Similmente ne' casi di ferite portate alle membrane dell' occhio da palline spinte dallo scoppio di un fucile ho veduto perdersi l' occhio , che a bel principio sembrava leggermente ferito , e vedeva distintamente.

Amaurosi prodotta dall' urto delle palline contro la sclerotica.

§. 19. Talvolta una pallina spinta dall' esplosione di un arma da fuoco è andata contro la sclerotica , e le quante volte era penetrata nell' occhio sempre videsi un amaurosi organica incurabile , altre volte anche senza penetrare nel vitreo l' urto portato nell' occhio ha bastato a determinare l' amaurosi ma quando la pallina è penetrata nell' umor vitreo l' amaurosi sempre si è sviluppata ad onta delle nostre cure.

Queste amaurosi sono state sempre incurabili.

§. 20. Queste amaurosi traumatiche sono state sempre ribelli ad ogni tentativo da me istituito tanto se erano comparse lentatamente , come se si fossero sviluppate all' istante della ferita.

Sola regola da tenersi in questi casi.

§. 21. Sicchè l' oculista nulla può fare per quanto mi è noto', e la sua prognosi dovrà sempre essere tristissima in questi casi. Dal fin quì detto rimane dimostrata l' indole ostinata delle oftalmie traumatiche , quando le parti dell' occhio , o i nervi vicini ricevano un colpo , e quando sieno ferite le parti profonde.

CAPO XXXIII.

Delle storie raccolte onde meglio dimostrare le regole di pratica.

Scelta di talune storie da pubblicarsi.

§. 1. I quattro prospetti che ho pubblicato in quest' opera contengono il ristretto delle nostre osservazioni fatte sugli oftalmici, e dovrei ora riferire le storie, ma come giungono al numero 533 mi limito a pubblicare brevi estratti de' casi clinici trascegliendo quelli che sono i più opportuni a confermare la nostra pratica, ed a manodurre il lettore nel conoscere le varie specie di oftalmie , e questi saranno distinti in tre parti.

§. 2. La prima comprenderà i casi di oftalmia semplice e le degenerazioni determinate da qualche particolare discrasia, la seconda comprende le oftalmoblenorree semplici, e degenerate; aggiungo poi una terza parte in cui verranno raccolte le osservazioni le più istruttive fra quelle contenute nel mio giornale privato, e sono quelle propriamente, che mi hanno servito di guida nel determinare i metodi curativi.

Tre istituzioni usate per le storie di ratica.

PARTE PRIMA.

STORIA I.ª

Caso di flusso palpebrale acuto semplice osservato nella persona di Niccola Russo *e degenerazione da esso provata.*

Condizione dell'infermo, e causa del flusso palpebrale.

§. 3. Adì 3 dicembre del 1818 si presentò in clinica Niccola Russo nativo di Napoli in età d' anni 60, il quale sulla fine del mese antecedente dopo essere stato esposto ad una corrente d'aria fresca, ed umida in un luogo a pian terreno, si sentì preso da forte catarro, e cominciò a soffrire negli occhi principalmente la sera, e nel corso della notte.

Incommodi notati da esso.

§. 4. Egli accusava di sentire un peso nelle palpebre singolarmente di sera, e vedeva dei raggi, ed una specie di densa nebbia dinanzi ai lumi, e notava, che ripuliti bene gli occhi da una materia densa e mucciosa raccolta entro le sue palpebre tornava a vedere ogni cosa con distinzione.

Impossibilità di aprir le palpebre allo svegliarsi.

§. 5. Inoltre accusava di provare l'impossibilità di aprir le palpebre qualunque volta si fosse destato in tempo di notte, e la mattina aveva molta cispa, che le teneva chiuse.

Danno delle bagnature.

§. 6. Egli era perciò obbligato a lavarsi, ma avea notato, che lavandosi andava meglio per brevi istanti, e dopo sentiva maggiore incommodo per quanto più si bagnava.

Tinta rossa agli angoli.

§. 7. Vedevasi vicino agli angoli una tinta rossa tendente al color di vino su ambedue le palpebre ma principalmente sulla inferiore la quale sembrava essere stata corrosa dal materiale, che usciva fuori dalle ghiandole di meibomio.

Materiale, ed ingrossamento delle meibomiane.

§. 8. Il materiale muccioso era manifesto, e le ghiandolette erano ingrossate, e rosse, tutti i contorni delle ghiandolette erano molto rossi stante l' acuzie del flusso palpebrale il quale erasi sviluppato da pochi giorni.

§. 9. Applicai dunque alle palpebre il laudano puro per otto giorni raccomandando all' infermo di evitare l' impressione dell' aria umida, e di non lavarsi con acqua, ma bensì con vino bianco semplice del più debole, e soltanto due volte in ogni ventiquattrore. La Fig. 1. della tavola II. è tratta da questo soggetto.

Applico il laudano; E proibisco l' umidità.

§. 10. Passati otto giorni gli occhi presentavano un aspetto meno irritato, ed allora cominciai ad applicare la pomata del janin ogni mattina. Pel corso di tre giorni l' infermo accusava un notabile peggioramento, e diceva sentire come tante pietre alla superficie degli occhi, ma applicata la pomata altre quattro volte già sentivasi meglio e dopo quindici giorni, egli disse ch' era ormai guarito, e che doveva ripigliare i suoi affari; ma io gli risposi che non era prudenza, e che questo sarebbe lo stesso, che volersi rovinare.

Uso della pomata di janin.

§. 12. Al cominciare dell' anno 1819 si presentò di nuovo il medesimo Niccola Russo con un' irritazione più grave della prima, e tanto era l' ingrossamento delle ghiandole palpebrali, che vi era un ettropio sintomatico, quale si dimostra nella stessa tavola II. Fig. 2.

Egli si vuol rimettere agli affari.

§. 13. Allora feci applicare le mignatte al contorno delle palpebre due per lato in ogni mattina, applicai il laudano pel corso di 15 giorni, e trovandosi meglio usai la pomata del janin pel corso di quaranta giorni passando ogni dieci giorni la pietra infernale, e lavando i nepitelli toccati col solito laudano, e nel termine di due mesi l' infermo si trovò ristabilito, ma io gli diedi della pomata, e lo consigliai ad applicarsela ogni sera pel corso di un mese ancora, locchè egli fece con diligenza ammaestrato dalla sofferta. recidiva.

Recidiva con ettropio sintomatico.

STORIA II.

Del flusso palpebrale cronico degenerato con panno, ed ulcere palpebrale in persona di Francesco Lamberti.

Condizione dell' infermo.

§. 14. Quest' uomo si presentò il giorno 2 maggio del 1819 egli era nell' età d' anni 39 e di un temperamento linfatico soggetto a scorbuto; pareva di un' età molto più avanzata, e mi disse che da più anni avea sofferto un leggiero incommodo agli occhi trovandosi allora impiegato presso di un venditor di vino, e quindi sottoposto a riscaldarsi, e poi prender riposo in luogo di aria umida, ma che ora vedendosi sempre in peggiore stato domandava il mio soccorso.

Stato delle palpebre.

§. 15. Abbiamo subito riconosciute le traccie lasciate sulle palpebre dal muco caustico, ed arrovesciando la palpebra inferiore videsi chiaramente un' esulcerazione, quale viene rappresentata nella Tavola II. Fig. 3.

Opinione dell' infermo sulle cause del male.

§. 16. L' uomo protestava ch' egli doveva attribuire il suo male ad un' erpete ritroceduta perchè l' avea sofferta in prima gioventù, e da più di 6 anni era questa scomparsa, diceva che suo padre era malsano, e che le materie acri le quali uscivano da' suoi occhi erano effetto di acrimonia del sangue, e concludeva con domandarmi una cura interna rinfrescante; facendomi anche notare, che il suo male imperversava più nelle giornate umide, o quando avesse avuto lo stomaco carico, o quando cause di bile agitata lo avessero indisposto.

Metodo usato per la cura.

§. 17. Io non pertanto volli passare la pietra sull' ulcere, e lavare con laudano la parte toccata, indi applicato il laudano puro pel corso di 15 giorni venni all' applicazione della pomata del janin, ed il dì 4 giugno era guarita l' ulcere palpebrale, ed il panno delle cornee erasi reso quasi impercettibile, e verso la metà di luglio l' uomo si trovò guarito perfettamente.

STORIA III.

Flusso palpebrale con tigna e panno all' occhio sinistro osservato nella persona di Mariano Caputo.

§. 18. Quest' uomo si presentò alla clinica il 12. Agosto del 1819, l' occhio destro avea semplice panno senza apparenza del preceduto flusso palpebrale, ma nel sinistro vedevasi la tigna, e tutt' i segni del vizio catarrale con panno denso, che offuscava la cornea (vedi Tav. II. Fig. 4), l' uomo era in età d'anni 35 di temperamento linfatico, natio di Nocera. Epoca, e stato dell' infermo.

§. 19. Egli mi avvisò, che avea trascurato il suo male per lungo tempo essendo in paese dove mancavano buoni medici, e costretto a guadagnarsi il vitto in una stalla di osteria, dove l' umidità gli avea fatta perdere quasi la vista, e diceva che venuto in Napoli, e postosi a servire in una locanda trovavasi meglio, singolarmente all' occhio destro. Cura negletta, e condizione sfavorevole

§. 20. Allora io feci la depilazione delle palpebre sinistre, e scoperte delle esulcerazioni vi passai la pietra, e dopo cominciai a medicare ambedue gli occhi col laudano concentrato. Cura della tigna.

§. 21. In seguito ogni otto giorni passai la pietra sui nepitelli lavando mediante un pennello intinto nel laudano concentrato tutta la parte causticata, e vidi che all' indomani l' occhio non era irritato, e vi passai laudano solo; finalmente ho applicata la pomata, e adi 24 settembre gli occhi si trovavano meglio, e verso la fine di ottobre l' uomo pareva guarito dal flusso palpebrale, dalla tigna, e dal panno alle cornee senza avere usato per niente le medicine interne nelle quali egli avea riposto tante speranze. Uso della pietra, e della pomata con cui si ottiene la guarigione.

STORIA IV.

Caso di flusso del sacco lagrimale al grado d'ernia in persona di Marianna Gallo (vedi prospetto n.° 1.°)

Blenorrea ; ed ernia del sacco, senza flusso palpebrale.

§. 22. Questa inferma si presentò con ernia inveterata del sacco lagrimale nel dì 29 Gennajo del 1819, e soffriva una distensione al sacco tanto grande, che l' occhio era spinto fuori dell' orbita, e vi si vedeva molta irritazione, quantunque non si presentasse verun segno di flusso palpebrale (Vedi Tav. III. Fig. 1.), nè usciva il muco contenuto in esso sennonchè difficilmente.

Eravi l' idrope del sacco.

§. 23. Il tumore del sacco lagrimale si approssimava all' idrope, perchè non lasciava uscire la materia raccolta quasi per nulla, ed io stava in dubbio se fosse piuttosto un cistico, o un' idrope, o un ernia del sacco, ma nell' atto di volerlo aprire sotto la pressione del ferro il tumore scomparve interamente, e vidi uscire per la narice corrispondente una gran copia di materie puriformi per la qual cosa abbandonai l' operazione.

Giudizio sulla natura del male.

§. 24. Conosciuto a questo modo che trattavasi di ernia del sacco, e veduto che usciva anche dai condotti lagrimali una porzione delle materie contenute giudicai poterla curare mediante la semplice applicazione della pomata del janin.

Guarita colla pomata.

§. 25. Fatta dunque precedere l' applicazione del laudano entro le palpebre venni all' uso della pomata citata, e verso la metà di Marzo la donna si trovò guarita a perfezione.

STORIA V.

Degenerazione del flusso del sacco in grado di fistola, osservata nella persona di Teresa de Domenico.

Condizione del inferma.

§. 26. Venne questa inferma a farsi curare nel dì 20 luglio del 1819 : e trovandosi aperto il sacco per causa di suppurazione come dimostra la Figura 2 : Tav. III. venni all' operazione già descritta nel capo XII. di questo libro.

§. 27. Aperto dunque il sacco lagrimale mediante un bisturino introdussi varj specilli l'un dopo l'altro fin dentro al canal nasale, e nella cavità delle narici per modo, che fu molto dilatato (vedi la Fig. 3. Tav. III.). Aperto il sacco vi porto gli specilli.

§. 28. Ciò fatto e ritirati gli specilli ho riempito il sacco di filacciche avendo prima sostituito agli specilli un pezzetto di corda armonica di budella grossa una linea circa, e lunga dodici linee, e passate 24 ore, e ritirata la corda colle sfila vi ho sostituito un fascetto di filacciche nel quale si conteneva un pezzetto della pietra infernale del peso di circa tre acini. Vi porto la pietra entro le filacciche.

§. 29. Lasciato così l'apparecchio si trovarono nel dì susseguente le sole filacciche, e tutto il sacco ben causticato nel suo interno, e vedevasi in tutto il contorno al di fuori una tinta nerastra, come anche per entro alle narici; questa tinta era l'effetto delle lagrime, le quali imbevutesi del nitrato d'argento erano uscite fuori dal sacco. Il sacco è causticato sciogliendosi la pietra.

§. 30. L'irritazione sofferta dalla donna ci obbligò a sospendere per quattro giorni l'applicazione della pietra, e vi si pose come nel primo giorno la corda e le filacciche tenute in sito da qualche pezzo di drappo gommoso. Si rinnova la pietra.

§. 31. Rinnovata per ben quattro volte l'applicazione della pietra si cominciò a portare nel sacco delle filacciche spalmate colla pomata del janin, e verso la metà di Agosto introdussi di bel nuovo i quattro specilli, onde assicurarmi di avere operato una grande apertura entro al canal nasale, e dopo lasciai chiudere il sacco ponendovi al di sopra delle semplici filacciche tenute in sito da striscie del drappo gommoso. Dopo quattro volte si usa la pomata.

§. 32. Verso la fine di Agosto il sacco non mandava che materie limpide, e non mostrava più verun gonfiamento, ma rimanendo un picciol forellino al luogo del taglio vi feci sei picciole incisioni sul margine (Vedi Fig. 4. Tav. XI.) e vi posi sopra il cuscinetto A rappresentato nella Fig. 1 della medesima tavola legando alla fronte il compressore mediante i nastri BB: e lasciato per 24 ore questo apparecchio trovai guarito il forellino nè fu bisogno di altre cure. Il sacco è guarito.

§. 33. Nel dì susseguente trovandosi l'altro sacco nel medesimo stato praticai lo stesso, e fu guarito. Altra cura col metodo stesso.

STORIA VI.

Carcinoma sul sacco lagrimale sinistro dopo una fistola suppurata.

Condizioni dell' inferma.

§. 34. Nell' anno 1829 venne alla clinica di oftalmiatria Concetta Marano d' anni 40, la quale presentava sul sacco lagrimale sinistro un' escrescenza carcinomatosa di color cinereo formata da molte callosità, le quali in certi punti erano livide, e mandavano una sanie cinerea, e sangue (vedi Fig. 4. Tav. XI.).

Si applicano le polveri arsenicali con cerato, e lattuca cotta.

§. 35. Feci applicare dunque prima le polveri di Frate Cosimo unite al cerato semplice, l' unguento era nella proporzione equivalente ad otto volte il peso della polvere, ed ottenuta la mortificazione delle parti callose vi feci applicare un cataplasma di lattuca cotta finchè si staccarono le parti corrose dal caustico.

Indi balsamo di Hellmund, e le stesse polveri.

§. 36. Passati otto giorni applicai sulla parte il medesimo caustico mescolato al balsamo di Hellmund, e così si ridusse ad una piaga semplice, che si è trovata guarita in Febbrajo senza bisogno di aprire il sacco, nè di usare la pietra avendo ottenuta la guarigione mediante il citato caustico.

STORIA VII.

Fistola suppurata recente curatasi per mezzo del semplice tubetto di Dupouytren.

Condizione dell' infermo.

§. 37. Antonio Rocco d' anni 36 si presentò alla clinica verso il cominciare del mese di Maggio anno 1829 con fistola lagrimale suppurata al sacco sinistro.

Fistola recente.

§. 38. La fistola era recente e l' uomo dichiarò, che non avrebbe potuto restare per lungo tempo a farsi curare talchè mi son determinato ad un tentativo, onde curarlo con sollecitudine introducendo il tubetto rappresentato dalla Fig. 6. Tav. III.

§. 39. Praticai l' apertura del sacco lagrimale dilatando molto quella ch' era effetto di suppurazione, e vi portai dentro un tubetto del Dupouytren guidato da un manubrio Fig. 7: che i Francesi chiamano Mandarin, e fattogli attraversare il sacco, ed il canal nasale lo lasciai nella parte inferiore, e poste delle Filacciche mantenute con qualche striscia di drappo gommoso trovai guarito il foro esterno in termine di due giorni, e le materie non si raccolsero più entro del sacco, e fu guarito con tutta sollecitudine. Apertura del sacco, ed applicazione del tubo.

§. 40. A questa medesima epoca mi si erano presentati in città tre casi di ernia del sacco ne' quali io ben conosceva la difficoltà di ottenere la guarigione mediante la pomata del janin, e le persone non voleano sottoporsi alla lunga cura, che bisogna onde guarire la fistola mediante la pietra infernale, per la qual cosa io introdussi il tubetto del Dupouytren, e ne ottenni la più soddifacente guarigione. Altre simili osservazioni in città.

STORIA VIII.

Oftalmia reumatica semplice recentissima osservata nella persona di Michele Morsillo da Napoli d' anni 38.

§. 41. Costui si presentò adi 22 novembre del 1818 con oftalmia all'occhio sinistro, vedevasi molto sangue per entro ai vasellini della congiuntiva, e l'uomo non accusava altro incommodo che una sensazione agli occhi simile a quella portatavi dall' arena volante per aria, ma non vi era nè intolleranza di luce, nè lagrimazione abbondante, nè secrezione di sostanze mucciose, l' iride era sana, la cornea era intatta, ed i vasi profondi della sclerotica non erano nè ingrossati nè arrossiti talchè potei giudicarla per un' oftalmia reumatica semplice (vedi Tav. I. Fig. 1.). Condizioni dell' infermo.

§. 42. Applicato il laudano concentrato all' indomani si trovò meglio, e nel termine di quattro giorni si vide guarito perfettamente senza che il male degenerasse. Uso del laudano.

Uomo robusto e sano, e cause leggiere.

§. 43. In questo caso l'uomo era di valida salute ed abitava un luogo sano, nessun contagio poteva nuocere, e l'oftalmia era stata eccitata semplicemente da traspirazione soppressa per una corrente d'aria mentre egli era sudato.

STORIA IX.

Caso di oftalmia scrofolosa semplice all' occhio destro, e con ulceri al sinistro in persona di Antonio Corsaro.

Condizioni in cui trovasi l'infermo.

§. 44. Costui quantunque nell'età d'anni 40 essendo leucoflegmatico, e sottoposto ad affezioni scrofolose fin dalla sua infanzia per cagione di un'ereditaria labe, e di una vita inattiva in un luogo mancante de'raggi solari, era stato verso la fine di novembre 1818 attaccato da oftalmia scrofolosa (vedi Tav. I. Fig. 1. e 3.).

Segni caratteristici dell'oftalmia.

§. 45. Adi 3. Decembre presentatosi in clinica diedi a conoscere, che la sua oftalmia era scrofolosa mentre la luce gli recava incommodo, e vi era copiosa lagrimazione, le ghiandole di meibomio non erano punto alterate, l'iride era sanissima, nè vi era dolore, nè senso di peso al contorno dell'orbita.

Aspetto degli occhi, e sensazioni.

§. 46. Gli occhi non provavano, che una sensazione di pungiture a lunghi intervalli, la cornea era sanissima nell'occhio destro, ma nel sinistro vedevansi due picciole ulceri una delle quali conservava ancora del materiale per causa di un ascesso (vedi la Fig. 3. Tav. I.).

Applicazione delle mignatte e laudano.

§. 47. Feci applicare due mignatte sul sacco lagrimale di cadaun lato, ed applicai il laudano puro. Nel dì susseguente l'uomo stava meglio, replicai la stessa medicatura, e si trovò ancor meglio nel terzo giorno, sicchè era cessata l'intolleranza di luce, e la lagrimazione diminuita.

Cure interne e guarigione.

§. 48. In seguito non altro feci, che applicare il laudano, ma per curare il generale gli feci anche prendere un acino e mezzo dello zolfo dorato d'antimonio con decozione di china, ed usando sempre delle applicazioni del laudano solito si trovò guarito per-

fettamente al cominciare dell' anno 1818 ; nè delle ulceri vedevasi più la traccia , che non essendo profonde e trovandosi fuori del lume della pupilla le cicatrici erano quasi invisibili.

STORIA X.

Caso di oftalmia scrofolosa ed ipopio al destro occhio , ernia e schiacciatura della cornea osservata in persona di Tobia Gesolfo di Napoli.

§. 49. Questo infermo nell' età d' anni otto si presentò il dì 4. decembre 1818 con ernia dell' iride all' occhio destro simile a quella rappresentata dalla Fig.4. Tav. I. ed un ulcere estesa per cui pareva , che la cornea fosse stata schiacciata da un corpo sferico in vicinanza dell' angolo interno figura citata.

Epoca , ed aspetto del male.

§. 50. Applicai il laudano concentrato , e l' oftalmia si dissipò in breve tempo , ma non volendo il padre suo , che si praticasse la recisione dell' ernia, nè l'incisione dell'ulcere si formò uno stafiloma ed una cicatrice che nel dì 20 Febbrajo del 1819 si mostrava come rappresenta la Figura 8 con perdita della vista.

Si cura l'oftalmia ma l'ernia cangiasi in stafiloma.

STORIA XI.

Caso di oftalmia scrofolosa con ascesso della cornea, ed ernia dell'iride all'occhio sinistro in persona di Bernardo Cocuziello.

§. 51. Adi 5. novembre si presentò con ascesso simile a quello, che vedesi rappresentato Fig.3. Tav.I. egli era nativo di Napoli in età d' anni 16 e vi era la oftalmia scrofolosa , laonde applicate le mignatte ed il laudano andava meglio : trascurato avendo di curarsi pel corso di 12. giorni si presentò il 18 Dicembre con ernia al luogo dell' ascesso , come indica la Fig. 4. e fattane subito la recisione chiusi l' occhio , e verso la fine dell' istesso mese era guarita la ferita , e l' occhio quasi sano vedeva bene.

Ascesso , e dopo ernia recisa con esito buono.

Guarigione ottenuta.

§. 52. Continuando l' applicazione del laudano, e di qualche mignatta si guarì a perfezione non rimanendo, che un picciol leucoma fuori del lume della pupilla.

STORIA XII.

Ulceri inveterate con depressione alla cornea destra, ed ulcere fungosa alla sinistra curate in persona di Lucrezia Biancardi.

Stato dell' inferma.

§. 53. Questa inferma in età d' anni 46 era di temperamento leucoflegmatico, e scrofolosa, ed avea trascurato per lungo tempo un' oftalmia scrofolosa, che avea lasciato due ulceri l' una fungosa alla cornea sinistra analoga a quella rappresentata tavola I. Fig. 4.

Incisioni, e recisione con cui si curano le ulceri tenendo chiuse le palpebre.

§. 54. Conosciuto avendo che le ulceri erano inveterate, e rivestite dalla congiuntiva corneale, la quale si era riprodotta, feci varie incisioni su quella della cornea destra mediante una lancietta, e feci la recisione della parte fungosa dell' ulcere sinistra mediante le forbici dopo di che vi passai la pietra infernale, e tenni chiuse le palpebre per tre giorni mantenendovi sopra i sacchetti ripieni di fiori di camomilla e canfora.

Si compie la cura mediante il laudano.

§. 55. Sicchè applicato il laudano ogni mattina verso la fine di Gennajo 1819 gli occhi parevano sanissimi, e vedevansi unicamente de' tenui leucomi dove erano state le ulceri, i quali non impedivano per niente la pupilla.

STORIA XIII.

Caso di oftalmia scrofolosa con nubecola al destro ed ulcere in forma di onice al sinistro; cura intrapresa nella persona di Ferdinando Giacquinto da S. Maria di Capua adi 3 Gennajo 1819.

Condizione dell' infermo.

§. 56. Questo fanciullo di aspetto scrofoloso soffriva intolleranza di luce, lagrimazione, rossore agli occhi, e viziatura delle cornee come rappresenta la Fig. 2. e 6. della Tav. I.

§. 57. Applicate le mignatte và meglio, e si applica ogni mattina il laudano concentrato puro sulle cornee, si rinnovano le mignatte ogni tre giorni, e nel dì 20. Febbrajo del 1819 trovasi guarito. Guarigione ottenuta.

STORIA XIV.

Pasqualino Vitelli con oftalmia scrofolosa al sinistro occhio, ed ipopio, essendo già offuscata la cornea destra da totale leucoma.

§. 58. Questo giovane in età d' anni 21 nativo di Napoli si presentò il dì 30 gennajo 1819, avendo quasi interamente perduta la vista, e mi diceva che l' oftalmia all' occhio sinistro era in tutto simile a quella, che gli avea fatto perdere l' occhio destro ormai impedito da leucoma totale. Condizione dell' infermo.

§. 59. Vedevasi l' ipopio, che occupava la parte inferiore della camera anteriore, e gran parte della pupilla, però senza dolori nè segni d' iritide. Ipopio manifesto senza dolori.

§. 60. Applicate due mignatte verso gli angoli si trovò meglio, e ripetute queste ogni sei ore per tre giorni videsi scomparso l' ipopio nel primo giorno, e quasi cessata l' oftalmia al terzo giorno. Si dissipa usando le mignatte.

§. 61. In seguito si applica il consueto laudano, e nel Febbrajo si trova meglio, e verso la fine del marzo consecutivo fu guarito a perfezione, e si trovò ricuperata la vista dell'occhio sinistro. Nel destro avendo fatto sempre uso del consueto laudano erasi ristretto il leucoma. Guarigione perfetta.

STORIA XV.

Leucoma, ed oftalmia vajuolosa all' occhio sinistro.

§. 62. Adi 10. Luglio 1819 si presentò in clinica Giuseppa Basillo natia di Napoli in età d' anni 2 con oftalmia sviluppatasi dopo il vajuolo e leucoma al centro della cornea sinistra che occupava quasi tutta la pupilla. Stato dell' infermo.

Siamo stati costretti ad usare le mignatte ed il laudano quantunque paresse crònica.

§. 63. Essendo l' oftalmia di un aspetto cronico, ed esistente da circa 3 mesi ho creduto poter usare subito il laudano senza ricorrere alle mignatte, ma vedendo che l' occhio ne veniva irritato feci applicare per sei giorni consecutivi due mignatte finchè si dissipò l' oftalmia, ed in seguito continuando l'uso del laudano si vide ristringersi il leucoma.

Lencoma residuo.

§. 64. Finalmente nel dì 27 il leucoma si trovò molto impicciolito, ma sempre la vista dovea restare impedita talchè si continuò per altro tempo nè si potè mai dissiparlo interamente.

STORIA XVI.

Oftalmia scorbutica con ascesso delle cornee, ed ulceri in persona di Raffaele Cicala.

Condizione dell' infermo.

§. 65. Costui si presentò adi 30 Giugno del 1819, egli era di aspetto scorbutico, nell' età d' anni 28 nativo di Napoli, avea servito nella marina, ed ora abitava un luogo basso, ed umido in riva al mare.

Ascesso, e grave oftalmia.

§. 66. L' oftalmia è acuta grave e persiste da un mese. Un ascesso, ed un' ulcere profonda all' occhio destro presentasi come indica la Fig. 3. Tavola I. Alla cornea sinistra eravi un' altro picciolo ascesso, ed ulcere assai profonda coperta da materia purulenta.

Aspetto cronico dell' oftalmia.

§. 67. La congiuntiva e le palpebre erano di un rosso livido tendente al color di vino; ad onta del pus, gli occhi non erano dolenti nè la luce lo tormentava.

Mignatte utili indi laudano.

§. 68. Applicai il laudano, e passò meglio, due sole mignatte dissiparono il pus dagli ascessi, e dopo gli raccomandai l' uso de' limoni, e delle arancie per bocca con qualche poco di cremor di tartaro sciolto nell' acqua.

Guarito.

§. 69. Verso la fine di luglio feci applicare il laudano due, ed anche tre volte in 24 ore, e gli feci prendere decozione di china per bocca ogni mattina, ed in agosto si trovò perfettamente sanato.

STORIA XVII.

Di un oftalmia sifilitica con ulceri alla cornea sinistra, ed iritide all' occhio destro curata in persona di Gennaro Coppola.

§. 70. L' infermo si è presentato adi 20 gennaro 1819 con ulcere profonda alla cornea sinistra, e con iritide all' occhio destro, e conosciuto che l' oftalmia era sifilitica tanto per l' eccentricità delle pupille, come anche per l' aspetto della persona lo avvisai doversi curare la sifilide; ma egli mi disse, che solamente gli bastava calmare i dolori, i quali lo tormentavano principalmente nella notte in tutto il contorno dell' occhio destro perchè dovea partire. Condizione dell' infermo.

§. 71. Gli feci dunque applicare più fiate le sanguisughe nelle vicinanze del canto interno degli occhi al solito modo; feci ungere due e fino a 4 volte in ogni 24 ore il contorno dell' orbita, la fronte, e le palpebre con una pomata composta di grasso oncia una, sublimato corrosivo due acini, ed oppio tebaico acini 4 e fu calmata l' iritide, dopo di che feci applicare il laudano all' occhio sinistro e nel termine di soli otto giorni l' uomo si congedò guarito. Applicazione della pomata con sublimato.

§. 72. Adi 5. Febbrajo ricomparve lo stesso infermo coll' occhio sinistro in buono stato, ma con iritide la più grave al destro; sicchè vi era lagrimazione abbondante, intolleranza di luce, dolori al contorno dell' orbita, bruciore ed accaloramanto alle tempia singolarmente verso mezza notte; insonnio, ed eccentricità della pupilla. Recidiva con iritide grave.

§. 73. Applicate le mignatte e la pomata gli feci prendere per bocca un quarto d' acino del sublimato per ogni 24 ore sciolto in mezza libra d' acqua, ed unito alla emulsione di gomma arabica, e subito si trovò meglio, indi continuando la cura interna, e l' uso del solito laudano puro sull'occhio sinistro fu guarito perfettamente. Cura interna di sublimato.

§. 74. L' ostinazione di questa oftalmia, il vizio delle pupille, e le infezioni precedute, l'aspetto dell' infermo senza che le ghiandole meibomiane fossero ingrossate dimostrava esser questa oftal- Segni ch' era sostenuta da sifilide.

mia d' indole sifilitica, mentre era cominciata per una lieve impressione d' aria fresca che avea sopressa la traspirazione ; e poi si era di tanto aumentata.

STORIA XVIII.

Oftalmia artritica con iritide, e sclerotitide ad ambedue gli occhi singolarmente al sinistro in persona di Raffaela Aveta.

Condizione dell' inferma.

§. 75. L' inferma nativa di Aversa , nell' età d' anni 33 si è presentata il dì 18 Maggio 1818 , essa avea sofferto più fiate dolori articolari, arresto di mestruazione essendo isterica, ed accusava frequente concorso di sangue al capo.

Vasi della sclerotica infiammati.

§. 76. L' oftalmia non sembrava grave , ma i vasi profondi della sclerotica erano dilatati come rappresenta la Fig. 4. Tav. VIII , e Fig. 3. Tav. VII.

Pupilla dilatata al sinistro.

§. 77. La pupilla era alquanto dilatata principalmente all' occhio sinistro , il quale avea quasi perduta la facoltà di vedere; e vi erano dolori al contorno dell' orbita , avea preceduta un' oftalmia reumatica.

Cure interne ed al contorno dell' orbita.

§. 78. In questo caso feci applicare le sanguisughe , e dichiarai che il laudano sarebbe dannoso , amministrai del tartaro emetico per bocca; le feci applicare la pomata di Starck sulla nuca , ed alla fronte ; applicando sulle palpebre l' estratto di belladonna ammollito appena con un pò d' acqua.

Altre cure usate in seguito.

§. 79. Dopo tre giorni le feci prendere pillole di Gomma Guaiaco , e polveri di james con decozione della corteccia di guajaco , e dopo otto giorni era notabilmente migliorata; poi verso la fine di giugno l' occhio destro era guarito , e rimaneva soltanto una leggiera ambliopia al sinistro ; sempre avendo usato la corteccia , e gomma di Guajaco, e di quando in quando la pomata dello Starck.

Copette, e bagni ai piedi con vantaggio.

§. 80. Nel sesto giorno avendo notato una irregolarità nella mestruazione e frequenti accensioni al capo le feci applicare tre copette alla nuca scarificate , e le feci fare bagni ai piedi con molto vantaggio riguardo all' aspetto infiammatorio degli occhi ; e verso

la fine di luglio si trovò quasi perfettamente sanata rimanendo però debole la vista al sinistro occhio.

STORIA XIX.

Oftalmia in grado di corneitide osservata nella persona di Antonio Frati.

§. 81. L' infermo si presentò il 1. gennaro 1819. egli era nativo di Napoli, e nell'età d' anni 30, avea sofferto affezioni scrofolose di cui le traccie erano manifeste nel collo; egli disse che dopo un' oftalmia reumatica con sensazione di arene agli occhi avea cominciato la sua oftalmia. Condizione dell' infermo.

§. 82. Vedevasi una oftalmia apparentemente leggiera con offuscamento di vista senza gonfiamento delle palpebre, o della congiuntiva, e pochissimi vasellini su di essa rosseggiavano, ma la cornea presentava delle macchiette tondeggianti con qualche vasellino sanguigno per entro, e le macchie aveano una tinta bianco giallastra (vedi Tav. VII. Fig 1.). Aspetto degli occhi.

§. 83. L' uomo non accennava che un senso di peso e di tensione agli occhi, e si lamentava di vedere i corpi come attraverso ad un velo tenuissimo, ed accusava di soffrire da più settimane un mal' essere agli occhi, e che a poco a poco gli pareva dover perdere la vista. Incommodi notati dall'infermo.

§. 84. Feci applicare due mignatte ogni mattina, ed ogni sera per quattro giorni consecutivi nel solito modo, e gli feci prendere ogni giorno per bocca un acino, e mezzo di calomelano applicando il mio laudano ogni mattina per tutto il corso di gennajo, e poi due volte ogni 24 ore nel febbrajo, rinnovando anche di quando in quando l' applicazione delle mignatte. Si usano le mignatte, Laudano e calomelano.

§. 85. Verso la metà di marzo si trovò guarito a perfezione. Stimo inutile riferire a questo luogo le storie di varj infermi ne' quali avendo omesso o il calomelano, o le sanguisughe, o il mio Laudano non si potè ottenere la guarigione, ma anzi cresceva il difetto della cornea. Guarito come altri infermi.

Osservasi offuscata la cornea senza infiammazione grave.

§. 86. Questa è l' unica oftalmia nella quale senza apparente infiammazione della congiuntiva si trova offuscata notabilmente la cornea.

STORIA XX.

Corneitide e panno sostenuto da erpete in persona di Gennaro Baffa.

Condizione dell' infermo.

§. 87. Costui si presentò a chieder le nostre cure il dì 2 Luglio 1819. Egli era in età di anni 17. nativo di Napoli avea sofferto oftalmia reumatica semplice per pochi giorni.

Oftalmia palese e panno con opacità alle cornee.

§. 88. L' oftalmia era un pò più grave che nel caso precedente ed oltre le macchiette della cornea vedevansi molti vasellini sanguigni, e sierosi così sviluppati che formavano un denso panno sulle cornee.

Offuscamento senza infiammazione grave.

§. 89. Egli mi seppe dire che mai gli occhi erano stati infiammati gravemente, e che senza dolori, nè segno d' infiammazione gli si era offuscata la vista.

Erpete ed uso interno della salsa e Ramarro.

§. 90. Inoltre il Baffa aveva un' erpete molto estesa sulla faccia, e sulle tempia; locchè mi determinò ad aggiungere le polveri di salsa, e carne di Ramarro secca, ed alle cure adoprate nel caso precedente, e nel tempo stesso videsi migliorare gli occhi ed anche l' erpete.

Si usa la pomata e la pietra in settembre.

§. 91. Calmatasi l' irritazione in settembre si potè applicare la pomata del janin, e toccare la congiuntiva colla pietra locchè riuscì utile anche pel grado della forza visiva, ed in ottobre videsi guarito.

STORIA XXI.

Sclerotitide ad ambedue gli occhi, e gruppi, o nodi vascolari sostenuti da erpete.

§. 92. Antonio Caputo d' anni 13. nativo di Teverola venne a chieder le nostre cure il dì 30. novembre 1818. Avea egli sofferto al principio del mese oftalmia reumatica semplice. Epoca in cui principia la cura.

§. 93. Vedevansi ingrossati, e di un color rosso tendente al giallo tutti i vasi profondi della sclerotica, e certi gruppi vascolari simili ad un mezzo granello d' orzo scorgevansi addossati alla sclerotica verso l' angolo esterno, la congiuntiva co' suoi vasellini vi passava sopra, e movevasi senza cangiare il loro posto, mentre que' vasi erano profondi, ed appartenevano alla sclerotica (vedi Tav : VII Fig : 2). Aspetto degli occhi.

§. 94. In questo caso ho impiegato le medesime cure usate pel Baffa, e sebbene la cura dovesse prolungarsi per sei mesi circa; si ottenne la guarigione verso la fine di giugno. Si usarono le stesse cure come nel caso antecedente.

§. 95. In qualche altro caso in cui erasi ommesso l' uso delle polveri non si potè vedere nessun miglioramento, che dopo aver prescritto il ramarro, o la vipera. Casi che provano l'utilità della cura interna.

STORIA XXII.

Sclerotitide sostenuta da clorosi nella persona di Cherubina Divino.

§. 96. Questa inferma natia di Foggia in età d' anni 28 avea tutto l' aspetto di una clorotica, ed accusava irregolarità, e scarsità della mestruazione; essa si presentò alla clinica il dì 20 luglio del 1819. Epoca

§. 97. Vi erano tutti i segni della sclerotitide essendovi nodi, e vasi dilatati sotto la congiuntiva; come dimostra la Fig : 3. della Tav : VII, essa ci disse che il male avea cominciato da un' oftalmia reumatica semplice. Stato degli occhi.

Cure usate.

§. 98. In questo caso oltre l' applicazione delle solite mignatte e del mio laudano dopo 20 giorni feci applicare delle mignatte alle parti genitali, e bagni ai piedi, e semicupj verso l' epoca della mestruazione, ed amministrai la tintura di Lemery tre volte in ogni 24 ore a poche goccie per volta.

Altre medicine adoprate con vantaggio.

§. 99. In altri casi simili mi riuscì di molta utilità il carbonato di ferro, e l' assafetida per bocca.

STORIA XXIII.

Oftalmia traumatica determinata da una scheggia di legno sbalzata nell' occhio, e piantatasi nella caruncula lagrimale.

Condizione dell' infermo.

§. 100. Adi 12 dicembre del 1818 si presentò in clinica Antonio Rocca d' anni 20, natio di Napoli, il quale lavorando attorno ad un' albero colla scurre fece saltare in aria molte scheggie, ed una si piantò precisamente nella caruncula lagrimale sinistra, e gli facea soffrire un' oftalmia molto grave.

Tolta la scheggia fù guarito in tre giorni.

§. 101. Allora prese le mie pinzette cavai subito fuori la scheggia, ed applicate due mignatte cessò l' irritazione in meno di ventiquattrore; talchè il Rocca videsi guarito in tre giorni.

STORIA XXIV.

Oftalmia traumatica prodotta da una scheggia di ferro piantatasi nella cornea.

Condizione dell' infermo.

§. 102. Adi 25 gennaro 1815 si presentò Luigi Piermann d' anni 26, il quale mentre lavorava un ferro sul torno fece saltare in aria fra le molte una scheggia che si piantò nel centro della cornea destra; e diede origine a grave oftalmia con ascesso incipiente.

Tolsi la scheggia di ferro.

§. 103. Mediante un ago lanciato sollevai la scheggia passandolo di sotto, e la spinsi fuori in modo che al momento, l' occhio ne rimase libero, ed applicate due mignatte al solito l' uomo si vide guarito in men di tre giorni.

§. 104. In questi due casi avendo potuto soccorrer prontamente gl' infermi di cui ho dato conto, e non essendo alterata che la superficie dell' occhio l'oftalmia traumatica venne prontamente curata, non così ne' casi opposti.

Si osservano altre oftalmie traumatiche profonde ed interne.

STORIA XXVI.

Iritide, ipopio da oftalmia traumatica, e vortice purulento consecutivo.

§. 1. Adi 10 Marzo del 1818 praticai l' estrazione anteriore della catteratta ad ambedue gli occhi di Giovanni Fabianetti d'anni 78 nativo di Gattinara, egli era scorbutico, ed avea le cornee sottili, nell' occhio sinistro l' operazione riuscì benissimo.

Condizione dell' infermo.

§. 2. All' occhio destro nel lacerare la casula fu tormentata un poco l' iride, ed uscì del sangue, che raccoltosi nella camera anteriore diede luogo all' ifemia rappresentata fig: 2 tav: VII.

Stato dell' occhio destro.

§. 3. Estratto il cristallino parvero ambe gli occhi in buono stato perchè fu dissipata l' ifemia, ma dopo 10 ore cominciò a svilupparsi un iritide, che fu alquanto repressa mediante le mignatte, e poi si rinnovò al secondo giorno presentandosi un ascesso, ed iritide, come rappresenta la figura terza.

Iritide, ed ipopio' sviluppatosi dopo.

§. 4. Adi 20 Marzo l' infermo non accusava, che un senso di peso, e gonfiezza a quest' occhio, e nel dì 28 l' occhio sinistro vedeva bene, e pareva quasi sanato, il destro presentava quella totale suppurazione, che per essersi difusa al vitreo costituisce il così detto vortice purulento.

Suppurazione all'occhio destro

§. 5. L' occhio divenne a poco a poco atrofico quantunque prima fosse gonfiato.

Atrofia consecutiva.

§. 6. In seguito si compì l' atrofia dell' occhio, quantunque fino ai 30 Aprile paresse gonfio.

STORIA XXVII.

Di un' iritide traumatica, la quale ha determinato una coroiditide cronica, e lo sviluppo stafilomatoso di tutto l'occhio.

Perchè si riferisca un' osservazione particolare.

§. 7. Non avendo un caso simile a questo fra le osservazioni di clinica lo riferisco avendo preso la figura 6. Tav: VII, e la storia presente dal mio giornale privato; donde ho preso anche le figure 5 6 e le storie corrispondenti.

Ferita ad un occhio.

§. 8. Una bambina d' anni sette, che abita in questa città sotto al ponte di Chiaja ricevè adi 9 marzo 1819 casualmente un colpo di forbici il quale traforò la cornea, e giunse a disorganizzare il cristallino passando attraverso alla citata membrana ed all' iride dell' occhio destro.

Segni d' iritide.

§, 9. Chiamato pochi giorni dopo osservai un' iritide non molto acuta, cioè intolleranza di luce qualche dolore al contorno dell' orbita, e l' iride presentava dentelli rialzati nel contorno della pupilla.

Calma ottenuta.

§. 10. Il metodo antiflogistico giunse a calmare l' iritide, e nel dì 20 marzo ella non accusava il più piccolo incommodo all' infuori della mancanza di vista.

Raccomandazioni da me fatte.

§. 11. Io raccomandai ai parenti di rinnovare spesso le sanguisughe, e continuare a tenerla in camera all' oscuro, ma non essendovi dolori hanno creduto esagerate le mie dichiarazioni.

Si riproduce l' oftalmia traumatica.

§. 12. Espostasi la fanciulla all' impressione della luce e dell' aria umida videsi a poco a poco infiammata la coroidea, l' occhio perdè anche la facoltà di percepire la luce divenne ingrossato, come se fosse idropico, si formò un leucoma nel centro della cornea, e tutta questa membrana si è resa fosca e molto estesa, la sclerotica divenne anche stafilomatosa e nerastra, e si vedevano de' vasi varicosi quà e la sparsi per entro detta membrana.

Consecutive alterazioni dell'occhio.

§. 13. La giovanetta in seguito ebbe a soffrire per molti anni singolarmente nell'epoca della mestruazione o quando si esponeva all' aria, ed alla luce viva, nè mai volle permettermi di tentare il vuotamento dell'occhio, o l' occhio artificiale espediente che in simile caso avrebbe fatto cessare i dolori, e corretta la deformità.

§. 14. Ecco per che modo l'irritazione propagatasi alle parti profonde dell'occhio determina grave oftalmia traumatica, tanto estesa, e tanto durevole, che mai vedesi una consimile alterazione in seguito all' estrazione della cateratta quantunque la cornea venga aperta per lungo tratto. Alterazione profonda.

STORIA XXVIII.

Lacerazione di casula, e cateratta spuria da ipopio.

§. 15. Un fanciullo per nome Luigi Testa nell' età d' anni dieci ebbe un colpo con un temperino, che gli sfuggì mentre tagliava certo cuojo e fu attraversata la cornea destra e contusa l'iride, e ferito il corpo cristallino. Condizione dell' infermo.

§. 16. Si presentò questo fanciullo in mia casa adi 20 Aprile del 1819 per esser curato, ma di già era sviluppata l' iritide, ed il pus vedevasi nella camera anteriore formando l'ipopio. Stato dell' occhio destro.

§. 17. L' applicazione frequente delle sanguisughe, e l' estratto di Belladonna applicato sul contorno dell' orbita bastò a calmare l' irritazione, e far assorbire il pus (vedi la fig. 5 Tav. VI). Cure adoprate.

§. 18. Nel mese di Maggio videsi cessare l' irritazione, ma restò chiusa la pupilla per sinizesi, e cateratta secondaria, e vedendo bene coll' altro occhio non si volle praticare l' operazione. Alterazione consecutiva.

STORIA XXIX.

Iritide e dentelli per causa traumatica susseguitati da infiammazione di tutto il vitreo.

§. 19. Un uomo per nome Francesco Verde di Nocera avea ricevuto casualmente un colpo da una scheggia di legno mentre stava tagliando un'albero, quella andò a battere con tale im- Condizione dell' infermo.

peto sull' occhio sinistro , che venuto da me il dì 20 marzo 1829 vidi l' intera camera anteriore accupata da sangue , e perciò l' ifemia occultava l' iride , e la pupilla. L' uomo era in età d' anni 30 robusto , e sano.

Cure praticate.

§. 20. Applicate delle mignatte, l' estratto di Belladonna molto denso al contorno dell' orbita si mitigarono i dolori , e videsi sgombrata l' ifemia nel di 24 marzo , ma l' iride presentava molti dentelli , che occuparono il lume della pupilla , e densa linfa chiudeva la residua apertura.

Raccomandazione fattagli.

§. 21. Continuando le stesse cure parve cessata l' infiammazione adi 9 aprile talchè gli raccomandai di vivere ritirato ancora per tutto il mese e nulla più.

Recidiva sofferta.

§. 22. Adi 13 dello stesso mese essendo ritornato ai consueti lavori si rinnovò l'iritide , e trascurando ogni cura ebbe a soffrire una grave iritide cronica , la quale diede principio alla ialoiditide , nè fu possibile arrestare il male , che anzi aumentandosi a poco a poco diede origine alla ialoiditide grave rappresentata dalla Fig : 7 Tav : VI.

Non trovando fra le storie cliniche di questi quattro anni casi di oftalmia traumatica , nè di sclerotitide , e coroiditide primitiva, ho preso questi dal mio giornale privato ; e cosi varj altri.

PARTE SECONDA

STORIA I.

Caso di oftalmoblenorrea semplice osservata nella persona di Maddalena Nuzzo.

§. 1. Questa inferma si è presentata adi 20 Aprile dell' anno 1819 con grave oftalmoblenorrea ad ambedue gli occhi. Essa era d' anni 26 nativa di Napoli, e di temperamento bilioso. Condizione dell' inferma.

§. 2. Dovendo convivere presso il dilei fratello ch' era affetto da grave oftalmoblenorrea il male erasi sviluppato anche ne suoi occhi da circa otto giorni, le palpebre erano gonfie come rappresenta la Fig: 1. Tav: IV. e la congiuntiva ingrossata in modo, che le cornee parevano entro una fossa, eravi dunque il grado chiamato chemosi. Vedevasi molto materiale blenorroico raccolto verso gli angoli talchè uscivano lagrime mucciose, e le ghiandole meibomiane erano ingrossate. Stato degli occhi.

§. 3. L' inferma accusava un senso d' imbarazzo alle palpebre, e difficoltà di aprirle, ma senza dolore, nè intolleranza di luce, nè lagrimazione copiosa; perlocchè non calcolava la gravezza del male. Sensazione molesta.

§. 4. Era stata sempre di buona salute, ed immune da contagi, e da clorosi, o da scorbuto, sicchè potei fare un pronostico buono. Era di buona salute.

§. 5. Feci applicare due mignatte per cadaun occhio colle solite regole, ed applicai la miscela oftalmica di acetato di piombo, e laudano concentrato a parti uguali. Si applica la miscela oftalmica.

§. 6. Al primo maggio era molto diminuito lo scolo blenoroico e la gonfiezza, allora usai di applicare il laudano concentrato puro, e verso la fine del mese pareva guarita rimanendo qualche ingrossamento carnoso nella duplicatura della congiuntiva. Allora feci applicare ogni sera la pomata del Ianin, e verso la fine di giugno la trovai guarita perfettamente. Quasi guarito alla fine di maggio e perfettamente in giugno.

STORIA II.

Oftalmoblenorrea con ettropio accidentale chemosi, ed ascesso della cornea.

Condizione dell' infermo.

§. 7. L' infermo era Michelangelo Volpi nativo di Napoli d' anni 30 affetto da sifilide, egli venne alla clinica il dì 30 gennajo 1819.

Stato degli occhi.

§. 8. Ambedue gli occhi aveano ingrossata la congiuntiva, ma nel destro vedevasi ettropio della palpebra inferiore, e granulazione di tutta la congiuntiva palpebrale più, che nell' altro, e vedevasi molto pus raccolto entro la cornea che offuscava la pupilla (vedi tav. IV. Fig. 2.).

Dolori, e senso di calore.

§. 9. L' infermo accusava dolori, ed accaloramento a tutto il contorno dell' orbita destra, e diceva che nella notte precedente i dolori agli occhi e nel contorno delle orbite erano cominciati un ora dopo essersi coricato, e non lo aveano lasciato dormire fino al giorno chiaro.

Si applicano mignatte, e miscela oftalmica; e cura di sublimato.

§. 10. Feci applicare una mignatta a cadaun angolo degli occhi sulle palpebre, e diedi ordine che se ne applicassero due alla tempia destra a notte vanzata caso che fosse travagliato dal dolore. Applicai la miscela oftalmica entro le palpebre mediante un pennello, e gli feci prendere per bocca un quarto d' acino del sublimato corrosivo ogni 24 ore, feci ungere il contorno dell' orbita colla solita pomata mercuriale due volte al giorno.

Proibisco le bagnature si medica al solito.

§. 11. Informato essendo ch' egli era solito bagnarsi con acqua di lattuca, e lavarsi molto le palpebre ho raccomandato di non lavarsi che un pò la mattina colla solita miscela (di acqua di camomilla, e vino bianco) e nel dì seguente era quasi dissipato il pus dalla camera anteriore. Rimaneva un'ulcere, ma si è veduto diminuirsi l'ettropio, e migliorare giorno per giorno lo stato degli occhi.

Applicazione della pietra.

§. 12. Adi 20 febbrajo dopo aver più fiate replicate le sanguisughe portai del laudano concentrato entro alle palpebre, ed ai primi di marzo cominciai a passar la pietra come rappresenta la Fig: 1. Tav: XII lavando col laudano la parte toccata.

§. 13. Alla fine di marzo si cominciò l'uso della pomata del janin, e per bocca una decozione di salsaperilla copiosa, talchè videsi guarito il Volpi compiutamante verso la metà di aprile. Guarita compiutamente.

STORIA III.

Oftalmoblenorrea con chemosi, e stafiloma esulcerato.

§. 14. Pasquale d' Ippolito d' anni 25 nativo di Cotrone si presentò alla clinica il dì 5 novembre, egli era pescatore di professione, ed abitava un luogo assai umido; talchè videsi attaccato da oftalmoblenorrea grave singolarmente all'occhio destro, l'infermo soffriva molta irritazione quando teneva chiusi gli occhi onde prender sonno; e nell' occhio destro scorgevasi uno stafiloma esulcerato simile a quello che dinota la Fig. 3 Tav. IV. Epoca, e condizione

§. 15. Applico nel consueto modo le mignatte ed il laudano concentrato, ma egli non vuol sottoporsi alla recisione dello stafiloma, e questo vestesi a poco a poco di cicatrice, si offusca, e si restringe; la pupilla sembra impiccolita; e ne rimane occupata in parte. Cura

§. 16. In seguito applico di nuovo le mignatte passo la pietra sulla congiuntiva palpebrale, e verso la fine del mese di dicembre applico la pomata del janin; talchè alla fine di gennajo 1819 trovasi guarito rimanendosi un piccol leucoma al destro occhio, e la pupilla trovasi molto ristretta ed irregolare, ma l' uomo vede bene coll' occhio sinistro. Ultime cure e successo.

STORIA IV.

Oftalmoblenorrea con iritide incipiente al destro ed iritide con ascesso al sinistro per causa di sifilide.

Epoca

§. 17. Adi 5 Febbrajo 1819 si presentò in clinica Gennaro Coppola d' anni 36 nativo di Napoli affetto da sifilide manifesta.

Stato degli occhi.

§. 18. L' oftalmoblenorrea non era molto grave e si era manifestata da pochi giorni, le pupille erano eccentriche, irregolari, e gli occhi rossi lagrimosi, ed intolleranti della luce; e di notte sentiva un dolore cupo al contorno delle orbite.

Alterazione dell' iride sinistra.

§. 19. Vedevansi all' occhio sinistro due dentelli dell' iride rialzati sul contorno della pupilla, e quattro piccoli ascessi sull' iride due de' quali contenevano molta linfa, e vasi sanguigni e due contenevano del pus molto denso.

Cure poste in uso.

§. 20. Feci applicare quattro mignatte la mattina e quattro la sera per tre giorni consecutivi, e feci ungere quattro volte ogni 24 ore il contorno dell'orbita, e le palpebre colla solita pomata mercuriale di sublimato, ed oppio, amministrando per uso interno un quarto d' acino del sublimato ogni 24 ore, e decozione di salsa.

Guarito in aprile.

§. 21. Alla metà di marzo era cessato ogni segno dell' iritide, ed applicando il laudano puro pel corso di un mese fu guarito in aprile.

STORIA V.

Oftalmoblenorrea e panno con piccole ulceri, ragadi e granulazione.

Stato dell' inferma.

§. 22. Fortunata Orsa venne alla clinica adi 28 novembre 1818. essa era in età d' anni 16 natia di Napoli avea sofferto per più di un anno l' oftalmoblenorrea, e vedevasi la granulazione prin-

cipalmente all' occhio sinistro, il panno e le ulceri sulla cornea, come dimostra la Fig. 5 Tav. IV.

§. 23. Applicai laudano concentrato entro le palpebre e feci, applicare quattro mignatte ogni due giorni finchè parve molto diminuito il concorso di sangue agli occhi. Uso delle mignatte, e del laudano.

§. 24. Verso la fine del mese di dicembre cominciai a passare la pietra ossia nitrato d' argento sui nepitelli, e verso la fine di gennajo 1819 vedendo ormai diradato il panno, guarito l'ettropio, e le ulceri, cominciai ad usare la pomata del janin sicchè alla fine di febbrajo videsi guarita l' inferma rimanendo soltanto un tenue offuscamento alla cornea sinistra. Cura dello stadio cronico.

STORIA VI.

Oftalmoblenorrea, ed ernia dell' iride all' occhio sinistro.

§. 25. Paolo Lattuso di Napoli nato da un mese era già affetto da oftalmoblenorrea trovandosi la madre sua infetta da gonorrea venerea; esso mi venne portato in clinica adi 26 novembre 1818. Stato dell' infermo.

§. 26. Lo scolo era copioso, e denso e vedevasi nell' occhio sinistro un' ernia dell' iride, che minacciava la formazione di uno stafiloma ampio e dannoso alla vista, quest' ernia assomigliava allo stafiloma esulcerato che vedesi nella figura 3 della Tav: IV; ma era di una tinta più fosca siccome è naturale. Stato dell' occhio sinistro.

§. 27. Applicata la miscela oftalmica, e le mignatte alle tempia per due giorni nel dì 29 feci la recisione dell' ernia mediante un colpo di forbice. Recisione dell' ernia.

§. 28. Si continuò l' uso della stessa miscela per un mese, e dopo si applicò il laudano puro per tutto gennajo 1819, e videsi guarito l' infermo conservando la pupilla aperta all' occhio sinistro quantunque un pò bassa, e con piccol leucoma verso la periferia della cornea. Guarito con felicità.

STORIA VII.

Oftalmoblenorrea idrargirica con residuo d' ipopio, ulceri vestite da materia saniosa al destro, e leucoma incipiente al sinistro con secrezione di muco bianco.

Stato dell' infermo.

§. 29. Diego Passaro d' anni 30 natio di Gaeta venne in clinica adi 27 novembre del 1818 con oftalmoblenorrea recidiva sviluppatasi dopo aver fatto abuso di frizioni mercuriali, la congiuntiva presentava una tinta rossa vivacissima, che si approssimava a quella del cinabro, e vedeasi un muco bianco raccolto sui margini delle palpebre sicchè ho giudicato l' oftalmoblenorrea essere idrargirica (Vedi Tav. XI. Fig. 3.).

Stato degli occhi.

§. 30. L' occhio destro vedesi rappresentato dalla Fig. 1 della Tav. v. il sinistro avea leucoma in seguito di ulcere profonda al centro della cornea. La tavola XI quando sia miniata dimostrerà le tinte che prende la congiuntiva ne' varj stadj dell' oftalmia giacchè la Fig. 4 è copiata da un' occhio con oftalmia cronica, e la 5 è presa nell' ultimo stadio, talchè questa è di una tinta rossa che verge al color di vino.

Cura

§. 31. Feci applicare ogni sera per quindici giorni quattro mignatte in vicinanza agli angoli palpebrali ed applicai laudano puro al solito obbligando l' infermo a prendersi copiose dosi di decozione della radice di Bardana poichè egli non potea far uso della salsaperilla, e videsi cessare l' aspetto idrargirico.

Uso della pietra e taglietti.

§. 32. Passate due settimane feci strisciare la pietra sulle ulceri prima di passarvi il laudano, e vedendo che non si erano ristrette vi praticai sopra varie incisioni, e tenuto chiuso l' occhio per varj giorni si trovarono guarite.

Buono stato degli occhi in febbrajo.

§. 33. Alla fine di gennajo 1819 la congiuntiva avea preso una tinta rosso-giallastra tendente al color del minio come dimomostra la Fig. 5 della Tav. XI, ed allora usando la pomata del janin videsi andar meglio sicchè alla fine del febbrajo consecutivo non si vedevano, che piccioli leucomi nel centro delle parti

esulcerate, e nel luogo occupato dall' ipopio senza, che la facoltà di vedere fosse impedita.

STORIA VIII.

Dopo oftalmoblenorrea stafiloma totale opaco all'occhio destro Tav. V. Fig. 3, ed ulceri al sinistro.

§. 34. Raffaele Scarpa natio di Napoli venne in clinica adì 23 gennajo 1819 dopo aver sofferta grave oftalmoblenorrea sifilitica curata con sostanze mollitive locali, ed applicazioni della pomata mercuriale agl' inguini. Condizione dell' infermo.

§. 35. Avendo applicato le mignatte all' occhio sinistro, ed il laudano concentrato videsi ridotto in migliore stato verso la metà del febbrajo susseguente. Cura utile.

§. 36. Al destro non potendosi sperare di restituir la vista perchè era stafilomatoso come dimostra la Fig. 3. praticai l' estirpazione dello stafiloma, ed avendo conservato il cristallino al suo posto videsi riprodotta una membrana opcaca nel luogo della cornea di una forma regolare. Recisione dello stafiloma al destro.

§. 37. Così avendo ricuperato l' altro occhio l' uomo restò ben contento perchè non più soffriva molestia ne' movimenti dell' occhio destro; e potea vedere chiaramente col sinistro. Condizione degli occhi.

STORIA IX.

Oftalmoblenorrea con iritide artritica al destro, sinizesi per cateratta spuria e pterigio al sinistro.

§. 38. Irene Lena di Napoli d' anni 32. avea perduto l' occhio sinistro due anni fà soffrendo acerbissimi dolori, e manifestandosi un leucoma causato da ipopio. Ultimamente l' occhio destro era Condizione e stato degli occhi.

stato colpito da oftalmoblenorrea con iritide in seguito di un violento accesso di collera, e sopressione de' mestrui; la Fig. 4 Tav. V. è copiata dall' occhio sinistro.

Stato dell' occhio destro adi 6 gennajo.

§. 39. L' inferma venne in questo stato alla clinica il dì 6 gennajo 1819. L'occhio destro separava molto muco, ed avea le meibomiane ingrossate, le palpebre gonfie, e la congiuntiva arrossita con dolori acutissimi al contorno dell'orbita, intolleranza di luce e copiosa lagrimazione, vedevasi irregolare la pupilla, fosco il fondo dell'occhio, e l'iride era floscia sicchè la perdita della vista pareva inevitabile.

Cura.

§. 40. Nelle prime 24 ore feci applicare quattro mignatte alternativamente, le feci applicare la pomata di Starck alla nuca, e bagni caldi ai piedi, e rinnovando le mignatte, ed applicando ai contorni dell' orbita ora l' estratto di belladonna, ed ora la pomata mercuriale si ottenne la calma desiderata.

Cura interna.

§. 41. Adi 16 gennajo amministrai 4 acini del carbonato di ferro due volte al giorno per bocca; unitamente a due acini di josciamo ch' essa stava prendendo dal primo giorno della cura.

Buono stato degli occhi.

§. 42. Si notò una cessazione de' dolori, e dello scolo blenorroico fin da principio, e dopo essa tollerava la luce, e andava meglio talchè in febbrajo l' occhio destro era guarito, ed avrei tentata l' ectomia al sinistro, ma essa non volle altro essendo contenta di avere un' occhio buono, come diceva.

STORIA X.

Di un' Encantide idatidea estirpata.

Storia riferita nel I. libro.

§. 43. Non avendo che una sola osservazione di questo genere nel quadriennio di clinica son costretto a riportarla, come è stata da me riferita nel libro 1. pag. 166.

Epoca e stato dell' occhio sinistro.

§. 44. Felice d' Onofrio avendo sofferto grave oftalmoblenorrea si presentò alla clinica il giorno 17 gennajo del 1817, egli avea qualche escrescenza carnosa alla congiuntiva, era dell' età d' anni 50, natio di Pomigliano d' arco.

§. 45. La caruncula era alquanto rossa, ed aumentata di volume, ed avea nel mezzo un corpicciuolo simile ad una vescichetta o ad una idatide, e perciò ho nominato questo difetto encantide idatidea (Vedi Tav. XII. Fig. 2) la parte escrescente. Caruncula ingrossata ed idatide.

§. 46. La portai via dopo essermene reso padrone mediante un doppio filo, che vi passai di sotto, e ne feci la recisione con due colpi di forbici comprendendo buona porzione della caruncula, e dopo cinque giorni si trovò guarita. Recisione dell' encantide.

§. 47. In seguito coll' applicazione del laudano furono dissipati i residui dell' oftalmoblenorrea. Cura terminata dopo.

STORIA XI.

Encantide Granulosa.

§. 48. Questo caso non si è presentato, che l' anno 1828. Venne in clinica adi 25 marzo un uomo per nome Francesco del Nero d' anni 46 e di buon temperamento. Condizione dell' uomo.

§. 49. Costui avea sofferto grave oftalmoblenorrea all' occhio sinistro, ed in seguito si era formata un' encantide granulosa, ch' era il residuo dell' oftalmoblenorrea degenerata (Vedi la Tav. XII. Fig. 3.) Oftalmoblenorrea precceduta.

§. 50. Estirpai dunque l' encantide portandovi sotto due colpi di forbici, avendola presa mediante le pinzette ad uncino, e parve guarito. Estirpazione.

§. 51. Verso la fine di maggio l'istesso si presentò di nuovo coll' encantide granulosa riprodottasi come prima, e ne feci la seconda estirpazione, dopo di che essendo partito non l' ho più veduto; ma avendo raccolto qualche altra osservazione nel mio giornale privato ho notato, che sempre queste encantidi si sono riprodotte. Riprodotta l' encantide.

STORIA XII.

Corneitide primitiva.

Epoca, e condizioni dell'infermo.

§. 52. Adi 20 aprile del 1819 venne in clinica Lorenzo de Angelis natio di Palermo in età d' anni 45. Egli era robusto, e di temperamento sanguigno ma sano.

Stato delle cornee.

§. 53. Si vedeano ambedue le cornee alterate, e mi assicurò, che il male era venuto lentamente senza che precedesse nè oftalmoblenorrea nè oftalmia, la cornea sinistra presentava uno stafiloma diafano con qualche vasellino per entro, e mi disse, che l' occhio gli era uscito così infuori dopo aver sofferto per vario tempo due anni fa, e che la vista era molto offuscata. La Fig: 5. Tav: VII. è copiata da quest' occhio, e la fig; 1. della stessa tavola è copiata dall' occhio destro nel quale non vi era traccia di oftalmia, e vedevansi de'vasellini ingrossati per entro la cornea, e varie machiette, o leucomi tondeggianti, che ingombravano la vista da tre giorni in quà.

Cura.

§. 54. Applicate le mignatte al solito, ed amministrato il calomelano in dose di un acino, e mezzo ogni mattina venne applicato il laudano concentrato ogni mattina, e nel dì 30 aprile andava meglio.

Migliore stato in maggio.

§. 55. In seguito si continuò la stessa cura rinnovando le mignatte ogni tre giorni, e nel susseguente maggio videsi dissipata la corneitide all' occhio destro, che fu guarito a perfezione.

STORIA XIII.

Primitiva sclerotitide con nodi vascolari, leucoma, e stafilomi per una sclerotitide degenerata.

Epoca, ed età.

§. 56. La *nominata Francesca Rossi* natia di *Napoli* di anni 22. si presentò adi 5 marzo 1827 in clinica a chieder le mie cure

§. 57. L' occhio destro rappresentato dalla Fig. 2 Tav. VII presentava i caratteri di una sclerotitide cronica coi nodi vascolari segnati a a, vedevansi i vasellini della congiuntiva passar di sopra ai vasi ingrossati, edai gruppi, o nodi vascolari della sclerotica, mentre questi rimanevano immobili al loro posto relativo nelle mosse dell'occhio. Stato dell' occhio destro.

§. 58. L' occhio sinistro è rappresentato dalla Fig : 6 della tavola stessa, e veggonsi stafilomi della sclerotica, ed un leucoma, ch' erano le conseguenze di una sclerotitide, e corneitide sofferta 4 anni indietro, dichiarai che quest' occhio non si potea da me curare essendovi ormai difetti organici prodotti dall' oftalmia, e mi limitai a curare l' occhio destro. Occhio sinistro.

§. 59. Applicai le mignatte, ed il laudano al solito, e gli feci prendere il calomelano in dose di un' acino e mezzo ogni sera; e cominciò a cedere quella tensione ch' egli accusava; e quel peso. Cura locale ed interna.

§. 60. Dopo 15. giorni si trovò meglio, ed in termine di due mesi l' occhio destro si trovò guarito. Migliore stato,

---

STORIA XIV.

Di una sclerotitide primitiva con dilatazione de' vasi all' occhio destro e simblefaro al sinistro.

§. 61. Adi 20 marzo del 1827 venne in clinica Girolamo Negri natio di Foggia in età di anni 40 e vedevansi nella sclerotica dell' occhio destro taluni vasi molto profondi dilatati di color rosso-giallastro; nel contorno poi della cornea vedevansi varj vasellini, che tutta la circondavano, e così ripieni di sangue e linfa che rappresentavano quasi un arco senile, la cornea parea circondata da una membranella giallo rossigna rialzata; ma erano i vasi sierosi ingrossati, che incominciavano ad ammetter globi sanguigni (Vedi Tav. VII. Fig. 3.). Epoca e stato degl' occhi.

§. 62. L' infermo accusava un senso d'imbarazzo, e di tensione e peso all' occhio destro, ed in certi momenti sentiva come un dolore cupo e profondo lungo il nervo sopra orbitale destro. Sensazione accusata.

Stato dell'occhio sinistro.

§. 63. L'occhio sinistro dopo aver sofferto per sei mesi un senso di tensione, e d'imbarazzo alla superficie avea sviluppato delle trabeazioni che legavano fra loro le due palpebre e formavano il simblefaro rappresentato dalla Fig. 7 tavola citata.

STORIA XV.

Di anchiloblefaro.

Stato dell'occhio destro.

§. 64. Maria Teresa Mancinelli avea perduto l'occhio destro per causa di corneitide cronica, e presentava al sinistro varie trabeazioni che legavano la sclerotica alla palpebra inferiore (Vedi Fig : 4 Tav : VII.)

Operazione poco utile in seguito.

§. 65. Ho recise le traebazioni, ma sempre ripullulavano carni novelle talchè si riunì la cornea alla congiuntiva palpebrale, e tutta si è veduta offuscata e viziata riuscendo inutile ogni tentativo di cura.

Tendenza a formarsi trabeazioni.

§. 66. Ciò dimostra, che vi è in questi casi una tendenza a svilupparsi ne' vasellini della sclerotica per cui sorgono delle carni ossia trabeazioni, le quali uniscono la cornea, o la sclerotica al tessuto della palpebra, e queste rendono offuscata la cornea.

STORIA XVI.

Caso di simblefaro.

Epoca.

§. 67. Antonio de Gennaro natio di Napoli in età d'anni 33 venne in clinica a chiedere le mie cure adi 20 Aprile 1829.

Stato degli occhi.

§. 68. Quest' uomo avea l'occhio destro offuscato in seguito di una corneitide sofferta tre anni indietro, e nel sinistro presentava delle trabeazioni, che univano insieme ambedue le palpebre, come rappresenta la Figura 7 Tav. VII.

§. 69. Adi 24 aprile praticai la recisione, che mi riuscì utile, ma poco tempo dopo si vedevano delle forti unioni fra le palpebre, ed il globo dell'occhio, le quali formavano una specie di anchiloblefaro. Trabeazioni recise, e riprodotte.

STORIA XVII.

Di un' iritide primitiva sifilitica degenerata.

§. 70. Adi 5 febbrajo del 1828 si presentò in clinica Gennaro Buono d'anni 35 natio di Napoli robusto, ma affetto da veleno sifilitico. Epoca, e condizione.

§. 71. Egli non avea l' occhio molto infiammato in apparenza, nè secrezione blenorroica, ma si vedevano due dentelli rialzati e rossi sul margine della pupilla destra; ed accusava dolori singolarmente al contorno dell'orbita destra, che si esacerbavano la sera, e crescevano a notte avanzata, vi era lagrimazione copiosa ed intolleranza di luce, l'occhio avea l'aspetto che vedesi nella Fig: 1. Tav: VIII. Stato degli occhi.

§. 72. Applicate due mignatte al solito, e la pomata con sublimato ed oppio al contorno dell' orbita, ed amministrato un quarto d' acino del sublimato ogni mattina l' uomo si trovò meglio ed in fine del mese pareva guarito. Cura.

§. 73. In seguito essendosi egli esposto alle intemperie della stagione piovosa, ed abbandonate le cure videsi rinnovata l' iritide con un ascesso dell' iride, ed ipopio (Vedi la Fig: 2 Tav: VIII.). Recidiva.

§. 74. Abbiamo ricominciato la stessa cura, che dianzi era stata utile, ma quantunque i dolori fossero calmati, ed il pus venisse assorbito, si chiuse la pupilla formandosi una cateratta spuria con sinechia, e leucoma risultato da ipopio (Vedi Tav : VIII. Fig: 3.). Seconda cura.

§. 75. Nell' anno susseguente avendo egli dovuto lavorare vicino ad una fornace e soffrire l'impressione di una stagione umida, fu colto da grave iritide all' occhio sinistro, che si propagò fino alla retina, ne rimase disorganizzata l' iride, e la casula non che il cristallino, e si presentò coll'occhio in quello stato, che viene rappresentato dalla Fig: 5 Tav: VIII; sicchè io gli dissi, che l'arte non poteva ripristinare quest'occhio, ma praticai l'ectomia al destro con ottimo successo. Iritide sopravenuta al sinistro.

PARTE TERZA.

CAPO I.

Storie registrate nel mio giornale opportune a dilucidare le regole esposte più sopra.

Storie luminose tratte dal mio giornale.

§. 1. Quantunque le storie delle osservazioni finora esposte giovino a rischiarare la pratica, ne riferirò talune altre registrate nel mio giornale privato, le quali mi hanno dato luminose prove a favore de' metodi curativi addottati e mi hanno giovato a dilucidare qualche punto di pratica.

Storie di casi non veduti in clinica.

§. 2. Verso la fine ho trascritto altresì varie storie che servono a compimento della pratica, mentre quei casi non gli avea incontrati ne' registri di clinica.

Regola più sicura che ne risulta.

§. 3. In questo modo il lettore troverà de' casi pratici abbastanza variati per regolarsi nell' esercizio dell' arte, e potrà agire con maggior sicurezza; e percorrendo i prospetti clinici vedrà la ripetizione degli esempi.

STORIA I.

Caso in cui le bagnature acquose, ed i rimedj più usitati eran dannosi ad evidenza.

Cura prescritta per un oftalmia scrofolosa.

§. 4. Adi 20 gennajo 1817, io venni chiamato dalla Sig. Rosa N. N. d' anni 23, la quale da tre mesi indietro soffriva un oftalmia scrofolosa ad ambedue gli occhi con ulceri alla cornea, e le raccomandai doversi astenere dall' impressione dell' aria umida, dalle bagnature acquose, e di applicare tosto due mignatte sopra

il sacco lagrimale una per lato, e le feci usare il mio laudano concentrato nel consueto modo. Ne' primi due giorni si trovò meglio ed al quinto giorno stimai poter diradare le mie visite parendomi sicura la guarigione.

§. 5. Verso l'ottavo giorno vengo richiesto con istanza, e ritrovo la congiuntiva di nuovo gonfiata, intolleranza di luce, e lagrimazione riprodotta. Esamino se fosse possibile riconoscere la cagione di questa recidiva, ma l'inferma accertava non essere uscita dalle sue stanze, non essersi esposta a correnti d'aria, ed aver sempre usato il consueto laudano. Avvedutomi, che vicino al letto eravi una bottiglia su cui stava scritto. *Acqua destillata di rose bianche libre due, solfato di zinco polverizzato dramma una.* Subito mi posi a gridare ecco il corpo del delitto Signora Mia! Vi ho pur detto, che non bisognava bagnare gli occhi, che l'umidità è contraria al vostro male, or confessate e ditemi da che è venuto il vostro errore; e così troveremo il rimedio. Peggiore stato dopo otto giorni.

§. 6. Al che mi rispose ch'ella non poteva mai credere che quell'acqua fosse stata cagione della sofferta recidiva perchè era rimedio semplice, ed innocente, che gliela avea portata la madre sua onde rinfrescarsi gli occhi essendo anzi questa un calmante meraviglioso suggerito da un giovane medico inglese, che essa medesima una volta erasi guarita da un' oftalmia ben molesta, e che oltre servire alla necessità di tenersi puliti gli occhi, si ristoravano al momento, e godeva di avere un rimedio che fosse di un odor grato. Collirio dannoso.

§. 7. *Ebbene io le dissi parlatemi francamente in che giorno l'avete applicata, io non dubito, che jeri ne avete incominciato l'uso, e non è forse da jeri, che per l'appunto siete ricaduta, sò pur io che nel momento gli occhi vi parevano più liberi, e più freschi; ma alcun tempo dopo averli bagnati non avete forse sperimentato un bruciore, che vi costringeva a bagnarli di nuovo? E dopo alcune bagnature non vi siete forse trovata così peggio, che mi avete fatto domandare in fretta?* A che ella rispose *Voi siete un indovino, ma ora che debbo fare? Torniamo ad applicare le mignatte*, io le soggiunsi, *lavate gli occhi col vino unito alla decozione di camomilla ben di rado,* Indovino, come siasi curata.

ed applicate il mio laudano; questo vi fa un bruciore salutare e non vi ammollite più gli occhi con acque fresche.

Cura ottenuta col solito metodo.

§. 8. Dopo ciò ella restò convinta, che le bagnature mollitive sono dannose, e che bisogna cavar sangue, e corroborare l' occhio facendolo lagrimare col rimedio sovrano, il quale ristringe la congiuntiva, non irrita, e anzi calma l' infiammazione. Essendosi dunque tenuta fermamente alle mie regole si guarì in meno di un mese.

STORIA II.

Danno de' rimedj, che impediscono l' esito delle materie, ed ammolliscono la congiuntiva.

Cura dannosa sperimentata da un Signore.

§. 9. Un' altro caso mi si presentò nel 1818. Venni chiamato adi 24 marzo da un signore di molto riguardo ch' era giunto in Napoli onde curarsi un occhio, e mi disse, che avea sentito altri pareri, e che gli aveano prescritto l' uso del sublimato per bocca, ed i cataplasmi di mela cotte sull' occhio, ma dopo incominciata la cura, anzichè scemare il male, i dolori, e la gonfiezza erano aumentati a dismisura; perchè m' avea fatto chiamare.

Natura dell'oftalmia.

§. 10. Io riconobbi subito un' oftalmoblenorrea sifilitica con ulceri della cornea nello stato di acuzie; dunque lodai quel sublimato internamente e dissi che avendo il male preso uno sviluppo infiammatorio, il quale forse non v' era da bel principio bisognava una mignatta, e che per esservi in questo momento molta materia entro le palpebre doveasi lasciarla cader fuori, e tenerle asciutte, e pulite, che unicamente sarebbe stato convenevole farvi una lavanda con acqua di camomilla, e vino bianco, una o due volte al più nelle 24 ore, ed applicai io medesimo la mignatta al canto interno, indi il mio laudano.

Buon effetto delle mie cure.

§. 11. Fatto questo in poche ore trovai essere notabilmente migliorato l' infermo, e meglio nel dì susseguente, talchè siamo convenuti ch' egli avrebbe continuato lo stesso metodo, e che l'a-

vrei visitato due, o tre volte per settimana. Dopo tre giorni fui veramente sorpreso di trovare l' occhio più infiammato, e dolente, e molto pus fra le lamine della cornea, come se si formasse un nuovo ascesso, ed interrogatolo con attenzione mi confessò, ch' egli avea di nuovo fatto uso de' cataplasmi di mele appie, poichè un professore di grandissima rinomanza, e suo caldissimo amico l' avea persuaso a riprenderne l' uso.

Ritorna ai soliti rimedj.

§. 12. Allora io cercai di convincerlo del suo danno ed applicai un'altra mignatta, ed il laudano, talchè andò meglio in poche ore.

Nuovo danno dell' antico metodo.

§. 13. Il dì susseguente lo trovai anche meglio, ma sul quarto giorno mi fece chiamare, perchè avendo usato di nuovo le mela appie, i dolori si erano ridestati più che mai tormentosi, e trovai nuovamente un principio d' ipopio essendosi aperto l' ascesso dentro la camera anteriore.

Altra recidiva curata al solito.

§. 14. Applicai dunque una terza mignatta, e presi forza dall' osservazione onde gridare contro una pratica tanto dannosa, e fuor di ragione, talchè egli acconsentì di chiamare un consulto, e farci venire ad una spiegazione fra colleghi, onde stabilire d'accordo un sistema inalterabile. Fummo dunque invitati a determinare la cura unitamente al sig: Professore D. Bruno Amantea maestro, che da tutti era tenuto in grandissima venerazione per giusti titoli.

Spiegazioni dell' infermo.

§. 15. Io pregai l' infermo di voler dire egli medesimo come fosse andata la cosa, ed egli chiaramente disse ho cominciato coi cataplasmi, e rimedj interni, ed il male era cresciuto. Lasciati i cataplasmi, ed applicata una mignatta, ed il laudano del Professore Quadri mi sono trovato meglio, dopo sono ritornato ai cataplasmi, e sono andato peggio, talchè il Quadri mi fece ritornare al suo metodo, e fui anche meglio, usato il cataplasma una terza volta il male ingigantiva, e le mignatte, ed il laudano mi hanno in poche ore rimesso l' occhio ad uno stato migliore, come al presente si osserva.

Cura interna lodata, e danni del cataplasma.

§. 16. Allora io dissi, che la cura interna parevami assai commendevole, e degna di altissime lodi, ma che riguardo al trattamento locale, l' infermo era così convinto dalla propria esperienza, che poteva persuadere chiunque di quanto il mio metodo gli

avesse giovato, e che gli altri tentativi lo aveano danneggiato; la quale pruova era corroborata da molte mie osservazioni, e dagli insegnamenti del maestro Beer, ma che in un' oftalmia nella quale si separava tanto materiale e così caustico dentro le palpebre ogni cataplasma avrebbe radunato le materie, e lagrime contro dell' occhio, e le avrebbe rese ognor più caustiche in guisacchè l' occhio doveva soffrire, nè ci bisognavano molti argomenti per provare a chiunque l' inopportunità di questo rimedio in simil caso.

Ragionamenti di un pratico antico.

§. 17. Ma ecco la risposta del collega chiamato prima di me; Sig: Professore, io vi faccio riflettere al grado ed alla forza dell'infiammazione, questa è violenta così, che minaccia la distruzione dell' occhio, e poichè trattasi di una persona tanto rispettabile, di un amico, quasi direi della mia prima gioventù, io sento il più vivo interesse onde guarirlo, e noi tutti dobbiamo escogitare mezzi i più blandi, i più squisiti, onde togliere questa pericolosa infiammazione, ed io ve ne scongiuro caldissimamente perchè il mio animo rifugge dall' idea, che questo Signore debbasi curare, come un mendico, o come un soldato. In tali soggetti forse i violenti rimedj sono utili; ma trattandosi di un' amico sì caro, di una persona ch' io tanto amo e stimo dobbiamo impiegare quello, che di più squisito, e di più raddolcente si possa per arte immaginare.

Espressioni enfatiche, ma non giuste.

§. 19. Tanta era la sincerità del suo discorso, e così enfatica l' espressione della sua voce, ch' io mi sarei quasi piegato, e considerava, come dolci doveano essere que' cataplasmi di mela appie singolarmente maneggiati da un buon cuoco, ma dolevami che non potessero riuscir egualmente dolci per l' occhio.

Perchè il sangue delle ali gli paresse ottimo rimedio.

§. 20. Poco dopo, egli ripigliava il suo discorso dicendo, che se l' uso de' cataplasmi non paresse potersi addottare, egli sarebbe stato d' opinione doversi prendere de' piccioni vivi, e toltene le penne più vicine alle punte delle ali spremerne quel sangue che stà vicino all' estremità dello stelo introducendolo così ancor vivo nell' occhio infermo, giacchè dovea essere rimedio atto a calmare qualunque irritazione. Quelle penne essendo state agitate per lungo tempo nell'aria la più elevata doveano essere pregne di spiriti i più puri, e vitali, quindi il sangue dovea essere atto a raddolcire qualunque infiammazione, alle quali pruove egli aggiunse molti

altri consimili argomenti parlando con persuasione intima, e come se fosse un' uomo inspirato; che improvisasse in termini di rara eloquenza.

§. 22. Ma dopo tanti sforzi di un' ingegno sublime il professore più anziano troncò ogni quistione in queste parole, direttosi all' infermo, così gli disse, amico la cura interna è ottima, e devi sentire per questa i consigli del professore, che hai domandato fin da principio, quanto poi all' occhio fa quello che ti suggerisce il Professore Quadri perchè questa è cosa sua, è arte a parte, ch' egli conosce meglio di tutti noi, e preso commiato se ne partì.

Decisione del vecchio professore.

§. 23. Dopo questa sentenza il tutto corrispose a' nostri voti e non rimase, che una tenue cicatrice, laddove era stata l'ulcere della cornea, ma la vista si ristabilì, e l' occhio fu sanato, come tanti altri de' militari, e de' mendici; poichè dinanzi al medico ogni uomo dee valutarsi, come ogni altro.

Buon successo ottenuto.

STORIA III.

Danno di un laudano troppo abbondante di alcool e di oppio.

§. 24. Un altro fatto luminoso trovo registrato nel 1819. Io fui chiamato alle Crocelle nel dì due Febbrajo da un Sig: inglese il quale così mi parlò del suo male, *io aveva sangue e poco bruciore agli occhi, ho chiamato il D. N. N. e mi ha posto sanguisughe, mi ha dato calomelano, e mi ha posto laudano con un pennello mattina e sera; ma oggi stò peggio e peggio assai.* Signore! Io dissi ciò mi sembra strano perchè il D. N. N. è buon medico, ed ha fatto quanto avrei fatto io !.. ma ditemi forse vi siete molto bagnato? Nò egli disse, siete uscito?.. avete preso aria fresca, oppure umida? *Nò Nò.*

Altro osservazione in cui il laudano preparato per uso interno riuscì dannoso.

§. 25. Allora volli applicare io stesso il laudano e presa la bocciettina gli dissi, ma che laudano usate? Il migliore egli soggiunse, lo porto da Inghilterra, ed è conforme alla farmacopea di Edimburgo. A che io risposi questo vi guarirà se avrete diarrea con

Si sostituì quello concentrato e subito andò bene.

dolori, vi calmerà altri dolori, ma per l' occhio irrita anzichè giovare, e basterà cambiar laudano e prendere il concentrato, perchè siate guarito, locchè avendo fatto, egli si guarì perfettamente ed in brevissimo tempo.

STORIA IV.

Danno di un' abitazione poco dominata dal sole prevveduto prima della cura.

Altro caso di oftalmia nella quale ha recato danno manifesto l' abitazione.

§. 26. L' anno 1827 adi 6 febbrajo io venni chiamato a curare una giovane di Capua attaccata da oftalmia scrofolosa con ulceri, e panno inveterato all' occhio destro, e prescritta la cura, il padre mi disse vi prego di assisterla finchè sia guarita, e vi prevengo ch' ella passerà domani ad abitare nella strada Galitta vicino a Toledo, io dissi allora debbo avvisarvi, ch' essendo stagione di pioggie, se la giovane abitasse da quel lato, ove è la chiesa di Santa Brigida le mie cure saranno infruttuose, perchè manca il sole, se poi fosse dirimpetto, allora spero vederla guarita.

Recidive promosse dall' umidità e da un bagno.

§. 27. Ma la casa mancava di sole, e quantunque ne' primi giorni paresse andar meglio cominciarono ben presto le recidive, nè mai si vide progredire il miglioramento, talchè fu costretta a mutar casa, e quando ebbe un' abitazione dominata dal sole si vide a migliore stato, e la guarigione riuscì a perfetto compimento; sennonchè essendosi bagnata nel mare per suggerimento di altri medici in una stagione di pioggie dirotte ebbe una fierissima recidiva dalla quale però mi riuscì poterla guarire coi medesimi rimedj usati fin da principio.

STORIA V.

Danno di un' abitazione umida.

§. 28. Adi 24 febbrajo del 1828 si presentò un giovane per nome Vincenzo d' Amora, il quale attaccato da oftalmoblenorrea sifilitica all' occhio sinistro avea panno, ed ulceri alla cornea, e dopo avergli prescritto quanto si conveniva, egli così mi domandò; *ditemi quali cibi io possa mangiare, e da quali sia necessario astenermi, e datemi le norme con cui debbo regolar la mia vita?* A che io risposi » voi potete vivere come ogni uomo » saggio, che non disordini nè di cibi, nè di bevande, nè di fati- » che, e perciò mangiate quel che più vi pare, ed uscite quando » il tempo è buono onde fare un moderato esercizio, ma un solo av- » vertimento io vi dò; preservatevi dall'aria umida, e sappiate che » per voi l'umidità sarà sempre un veleno, e che se vi esponete a » quella sarete in pericolo di perder gli occhi; nè potranno le mie » cure esservi giovevoli.

Quinto caso di oftalmia in cui l'abitazione umida riuscì di gravissimo danno.

§. 29. Per varj giorni l' occhio offeso vedevasi in migliore stato, ma venuto il mese di maggio questo signore stette lungo tempo senza venir da me, e poi si presentò con forte attacco ad ambe gli occhi, io gli prescrissi una cura attiva; ma dopo alcun tempo sua madre mi raccontò, ch' egli si era invaghito di una casa in luogo umido senza sole, e con giardino nello stesso piano, e che venuto ad abitare colà sempre andava a peggiore stato. *Ah! lo stordito*, (io gridai); *vedete le mie parole! . . . Andate lo farò assistere da un mio pratico perchè sia curato con tutta diligenza, ma fategli cambiar casa. Io gli aveva detto che l' aria umida sarebbe per lui un veleno, a che aggiunsi non altro vi proibisco che bagnarvi con acqua, oppure esporvi all' impressione dell' aria fresca ed umida, o abitare qualche luogo umido.* In seguito ho saputo che posto in pratica il mio avviso si ristabilì.

Migliore stato dell'occhio, e recidiva per l'abitazione umida.

STORIA VI.

Cambiamento di casa utilissimo.

Persona curata più volte.

§. 30. Io avea curato una fanciulla d' anni 14 che in seguito di oftalmia scrofolosa ed ulceri avea sofferta la trichiasi e si era compiutamente guarita; ma dopo un' anno circa vedendosi di nuovo attaccata da oftalmia mi fece chiamare, e mi riuscì curarla felicemente per la seconda volta, e notato avendo, che era venuta ad abitare ad un secondo piano in strada di Chiaja luogo dove il sole mai penetrava nel corso dell' inverno avvisai i genitori che avrebbe sofferto delle recidive difficilissime a curarsi nell' inverno, come in fatti bisognò combattere per due interi anni.

Alloggio buono e guarigione stabile.

§. 31. Ma così fermamente io avvisai la madre della necessità di procurare a questa giovanetta una abitazione ben dominata dal sole, che nel susseguente anno passarono ad abitare un' ottima casa sopra il ponte di chiaja, ed in poche settimane la mia inferma si ristabilì facendo semplicemente uso di qualche goccia del laudano concentrato, ed ora non vi è neppure un vestigio del sofferto malore.

STORIA VII.

Distruzione degli occhi prodotta dal zampillo di acqua marina.

Signora affetta da oftalmoblenorrea, ed ulceri quasi guarita e resa poi cieca dalle bagnature salse.

§. 32. Adi 20 maggio del 1828 venni chiamato da una signora affetta da oftalmoblenorrea semplice, che presentava ulceretta alla cornea, ed avea un aspetto scorbutico; le prescrissi la miscela di acetato di piombo, e laudano, dopo aver fatte applicare quattro mignatte, ed in termine di dieci giorni vedendosi ella quasi guarita mi disse; ora non ho più bisogno di voi, mentre mi assicurate che altro non resta a fare se non continuare l' uso

del laudano, e la cura interna, che consisteva in qualche poco di siero la mattina e succo di coclearia la sera.

§. 33. Passati appena sei giorni fui chiamato di nuovo, e con mia sorpresa entrato appena nella stanza veggo suppurate per intero, e distrutte ambedue le cornee. In pochi giorni veggo distrutte le cornee.

§. 34. Ognuno s' imagina la mia sorpresa, e subito le dissi, Signora? *Voi sicuramente avete abbandonata la cura, o avete fatto abuso di bagnature con acqua, o vi siete esposta all' impressione dell' aria umida stando in sudore.* Ed ecco la sua risposta. » Io sò che al medico bisogna dire la verità, e poichè avete » indovinato così bene vi confesso, che un'amico mi portò in casa » certa fontanella in cui l'acqua usciva a forma di due zampilli e » mi disse, che questa aveva operato portentosi effetti perchè ve- » niva raccomandata da un gran maestro, e che il laudano richie- » deva lunghissimo tempo. Erasi bagnata con zampilli d' acqua salsa.

§. 35. » Persuasa alle sue parole abbandonai le vostre prescrizioni, » e riempita la macchinetta d'acqua di mare mi assoggettai al zam- » pillo perchè dicevano, che l' urto dell' acqua, e di un' acqua » stittica, e amara come quella dovea prontamente guarirmi. Sul » momento parvemi star bene e quella notte non ebbi veruno in- » commodo. Utilità momentanea della docciatura.

§. 36. » All' indomani gli occhi s' erano gonfiati in modo ch' io » più non potea vedere le persone, si replicò l'uso dello zampillo per » tre altre volte mattina e sera, e dopo sorsero tali dolori, ed » uscirono tante materie, e tante lagrime ch'io ho creduto si vuotas- » sero gli occhi, ditemi dunque voi, che posso fare e come ristabi- » lirmi. Dopo tre volte dolori, gonfiezza e cecità.

Non fu possibile guarirla.

§. 37. Afflitto al vedere tanta rovina procurai di accendere qualche speranza nell' animo suo, e le prescrissi una blanda cura per lusingarla, ma diedi avviso ai parenti, che l' arte non poteva ricomporre gli occhi così ridotti, e la povera donna si rimase nelle tenebre.

STORIA VIII.

Altra rovina cagionata dall' applicazione di acque salse.

Uomo sano con oftalmoblenorrea giudicò di salare gli occhi.

§. 38. Venne da Caserta un celebre cacciatore toscano, il quale avendo contratto un' oftalmoblenorrea in seguito ai disagi cui si espongono per solito i cacciatori, quantunque fosse sano, ed immune da contagio venereo, per rinforzare i suoi occhi avea creduto espediente di ben salarli, perchè egli ragionava nel seguente modo.

Ragionamento che lo indusse ad usare la salamoja d' onde venne la cecità.

§. 39. Da' miei occhi escono materie putride, ma la salamoja, che trovasi ne' barili delle sarde salate è ottima contro la putredine dunque mi gioverà. Bagnò varj pannilini in questa soluzione carica di muriato di soda e si coprì ben bene gli occhi, al momento egli si trovò libera la vista, ed asciutti gli occhi dalla materia blenorroica, ma non passarono 24 ore che caddero in suppurazione, e si presentò a me colle cornee interamente distrutte; talchè niuna speranza ho potuto dare ai parenti, ed alle persone, che me lo aveano raccomandato.

STORIA IX.

Danno osservato dopo l' applicazione di un acqua minerale ferruginosa.

Caporale con oftalmoblenorrea ed ulceri.

§. 40. Veniva a farsi curare in mia casa verso la fine dell' anno 1827 un caporale della R. marina con oftalmoblenorrea sifilitica cronica, panno e picciole ulceri ad ambedue gli occhi.

Quasi guarito colle solite cure.

§. 41. Gli feci prendere per bocca il sublimato, ed applicate le sanguisughe lo sottoposi all' uso del laudano concentrato; talchè in men di tre settimane egli vedevasi quasi guarito.

Recidiva pro-

§. 42. Nel marzo 1828 quest' uomo si presentò nello stato

di prima, e mi disse, io era guarito, ed avea ripreso interamente il servizio, quando un compagno guaritosi di un' oftalmia coll' acqua ferrata m' invitò a lavarmi gli occhi dicendomi, che questa rinforza la vista, e che da tutti i medici si stima rimedio corroborante, ma in tre soli giorni mi veggo ridotto così male che ho dovuto farmi accompagnare da voi. dotta dall' acqua ferrata.

§. 43. Allora io gli dissi dunque lasciate l' acqua, e ritornate al laudano, che vi avea guarito; ma prima calmate l' irritazione colle mignatte. Prescrivo di tornare alle prime cure.

§. 44. Eseguita questa semplice prescrizione, egli si trovò meglio, e fu guarito per la seconda volta in termine di un mese. Guarigione felice.

STORIA X.

Danno di lavarsi gli occhi con acqua nel tempo della cura.

§. 45. Nel mese di ottobre del passato anno 1829 io medicava un' offiziale di cavalleria attaccato da oftalmoblenorrea con ulceri, e trovandosi ben contento delle mie cure mi disse, che avea usato gli stessi rimedj per un soldato commune, ma che non aveano prodotto il più piccolo effetto, e mi chiedeva un consiglio, a che risposi, che forse costui abitava nella stalla umida, o in qualche cantina; ma assicuratomi che nò, e che anzi lo teneva in ottimo alloggio, lo pregai di condurlo seco. Offiziale curato con vataggio e gli stessi mezzi riusciti inutili ad un soldato.

§. 46. Osservato l' infermo gli dissi tu non hai le palpebre intinte nel margine dunque ti lavi, e forse ti hanno insegnato qualche acqua buona per gli occhi. Signor sì » egli mi rispose l'acqua » della vasca in cui si abbeverano i cavalli e questa è cosa santa, » perchè molti soldati si son guariti lavandosi. Il soldato si lavava con l'acqua dove si abbeveravano i cavalli.

§. 47. Allora gli dissi « amico forse que' soldati aveano un' altra » specie di male, ma pel tuo quell' acqua è un veleno, che toglie » l' effetto del mio balsamo. Raggionamento che lo persuase.

§. 48. Così persuaso il soldato fu guarito in pochissimo tempo. Guarigione.

STORIA XI.

Altro caso, che dimostra l' inopportunità dell' acqua ferrata.

Bolognini da me guarito prima si duole del clima.

§. 49. Recatomi a Castellamare trovai un certo Bolognini da Vicenza, il quale era stato da me felicemente curato anni indietro e mi venne a chieder consiglio dicendo » Signore voi mi » avete data la vista, mentre doveva essere riformato, ed ora io » comando il posto de' veterani, ma quest' aria mi è nociva, ed » io m'accorgo, che gli occhi vanno male, se dunque stimate po- » termi guarire di nuovo io sarò felice; se nò fatemi un certificato » affinchè io possa cangiar clima.

Segni di recidiva dopo l' uso dell'acqua rossa.

§. 50. In fatti il panno ricompariva alle sue cornee ed io gli dissi forse avete usato di queste acque minerali per bagnarvi gli occhi ? » Non altro, che l'acqua per gli occhi detta acqua rossa, » acqua ferrata, ma questa è propriamente l' acqua destinata per » dar vigore agli occhi deboli, e tutti i miei soldati la usano.

Prescrivo il laudano.

§. 51. » Sappiate dunque, che questa vi ha indebolito, e non » già il clima, lasciatela, e tornate da me fra otto giorni, ma non » trascurate di applicare il laudano; questa fu la mia risposta.

Guarito lui si curano i soldati lasciando l' acqua rossa.

§. 52. » Ritornato in seguito il Bolognini tutto contento mi fece osservare il buono stato de' suoi occhi, e mi disse, il vostro consiglio » non solamente mi ha salvato, ma è stato della più grande utilità a » molti de' miei soldati, i quali si lavavano coll' acqua rossa, e » andavano sempre peggio, ora dacchè ho proibito questo rimedio » vanno tutti bene.

STORIA XII.

Un' offiziale, e varj soldati guariti per aver cessato di bagnarsi gli occhi con acqua della fontana.

§. 53. Adi 22 marzo del 1829 fui chiamato a consulto per un'offiziale di cavalleria, che pativa grave oftalmoblenorrea con ulceri, ed il chirurgo mi raccontò di aver prescritta la cura di sublimato, applicate le sanguisughe, e la miscela oftalmica con grande utilità, ma quando appena l' offiziale avea incominciato a star meglio, e adoperava il laudano puro, subito ricadeva, e doveasi ritornare alle cure di prima.

Un offiziale che ricadeva appena cominciava ad uscire dagli appartamenti.

§. 54. Questo abile chirurgo attribuiva l' irritazione e la recidiva all' uso del laudano puro, tanto più che il medesimo effetto era stato da esso notato in varj soldati oftalmici curati allo stesso modo.

Danno attribuito al puro laudato che usava

§. 55. Io però non mi potea di ciò persuadere, e lo pregai continuare le stesse cure, ma di mettere uno de' suoi pratici di guardia presso i soldati, onde vedere se mai avessero avuto il pregiudizio di lavarsi gli occhi, o con qualche acqua minerale, o coll' acqua in cui aveano bevuto i cavalli.

Sospetto che i si lavino con acqua.

§. 56. Sentito questo dall'offiziale egli disse » senza metter nes- » suno di guardia ve lo assicuro io, perchè quasi tutti i soldati di » cavalleria, ed io medesimo abbiamo grande opinione di poter gua- » rire gli occhi lavandoli in quell' acqua, e se ciò fa male or ben » capisco d'onde son derivate le mie recidive; mentre appena ho » cominciato l'uso del laudano essendomi stato permesso di scendere » abbasso mi sono lavato coll'acqua dell'abbeveratojo, ed ho visto che » facean lo stesso molti soldati.

Uso di bagnarsi tenuto da molti di cavalleria.

§. 57. Avvisato dunque l' offiziale si astenne dalle bagnature consuete, e vedendosi in migliore stato raccomandò ai soldati di far lo stesso; laonde passato appena un mese venne da me il chirurgo del Reggimento a raccontarmi che avea potuto compiere molte cure, le quali sembravano quasi impossibili prima, stante le frequenti recidive e che l' offiziale si era ben guarito.

Utilità di tener gli occhi asciutti.

PARTE QUARTA.

CAPO I.

Utilità del Rob antisifilitico.

Lascio questo argomento, e dimostrerò coi fatti l' utilità del Rob.

§. 1. Ma troppo io mi dilungherei se riferire volessi le osservazioni atte a provare, che l' umidità, e le bagnature ammollienti son nocive. Lascio questo argomento, e recherò innanzi varie storie che possono dimostrare l' utilità del Rob di Lafecteur; tanto riprovato da que' medici, i quali vogliono ridur tutta la pratica ad un calcolo matematico. È ben vero che vi sono molti componenti, in apparenza contraditorj, e che la precisa sua composizione è tenuta ancor segreta; ma nessun rimedio mi ha corrisposto come questo.

Ognuno sà che è uno sciroppo tratto da' legni indiani.

§. 2. Sarebbe inutile il ricordare, che questa medicina è uno sciroppo tratto da' legni indiani conosciuti efficaci a riattivare la cute, ed a neutralizzare il veleno sifilitico. Verità che abbiamo imparate da rozzi popoli nelle Americhe, i quali avendole conosciute per via di sperienze le hanno insegnate ai culti e penetranti ingegni degli europei. Quantunque la composizione di questo rimedio non sia conforme alle opinioni de' sistematici, pur non dimeno basta il credito, che si è acquistato in tutta Europa ad onta dell' opposizione di moltissimi medici, e farmacisti, onde provarci l' utilità, che se ne può ritrarre.

Enumerazione di molti casi d' idrargirosi curati mediante il Rob.

§. 3. Io potrei riferire un numero considerevole di casi ne' quali gl' infermi erano in uno stato assai deplorabile dopo avere abusato de' mercuriali, e che tutti sono stati guariti col rob; e l' uno come l' altro hanno usato il Rob venuto da Parigi della fabbrica di Bouveau Laffecteur. Se questi fossero tutti raccolti in una stanza, e narrassero i mali sofferti, ed il modo come si sono guariti a proporzione, che usavano la medicina, chi mai potrebbe ostinarsi tanto da non ammettere l' effetto di questo portentoso rimedio?

STORIA XIII.

Di un giovane curato mediante il Rob.

§. 4. Una delle prime storie di questo genere venne da me registrata nell' anno 1819. Un giovane di buona famiglia lasciata Pesaro sua patria venne a Napoli per solo oggetto di curarsi, e fu diretto a me. Egli avea fatto abuso di mercuriali onde coreggere una lue sifilitica degenerata, ma le sue cure anzicchè liberarlo l' aveano condotto a peggiore stato. Rimedj tentati prima del rob senza vantaggio.

§. 5. Avea egli consultato uomini sapientissimi nè mai si erano alleviati i suoi mali, nè coi salassi, nè coll' oppio, nè cogli estratti, o di josciamo, o di napello, nè colla digitale, rimedj de' quali aveva usato in copia a più riprese. Rimedj suggeriti da valenti medici.

§. 6. Osservato dal Professore Antonucci, e da me si trovarono ulceri vaste sulle gambe, e su quasi tutto il corpo con esostosi alle tibie, e sul cranio, dolori osteocopj quasi continui, emaciazione, inappettenza, febbre consuntiva, sordità quasi totale, ed ambliopia amaurotica. Stato in cui l'abbiamo trovato.

§. 7. Riuniti in consiglio noi due abbiamo subito convenuto della necessità di usare il Rob secondo tutte le regole date dall' autore ommettendo unicamente il salasso, e le purghe da far precedere, ed a misura che l' infermo si andava curando passava a migliore stato, sicchè in meno di tre mesi fu guarito, e si ridusse di buon aspetto, laonde ripigliate avendo le sue forze volle riprendere il mestiere delle armi, e si vide in caso d'intraprendere una campagna attiva. Cura stabilitasi in consulto.

STORIA XIV.

Iritide idrargirica felicemente curata mediante il Rob.

Seconda cura di un' Iritide idrargirica mediante il Rob.

§. 8. Un signore giovine militare, assai distinto per natali, quasi all' istessa epoca della cura precedente praticava le frizioni di mercurio in dose copiosa, ma senza quelle cautele, che sono prescritte da' buoni pratici, quando videsi egli colpito da un iritide assai violenta all' occhio sinistro. Venuti a consulto coll' illustre Professore Troja di felice rimembranza, e con altri colleghi si convenne della necessità di applicare le mignatte, di amministrare estratto dello josciamo ogni sera, ed il Rob. Locchè eseguito l'iritide fu prontamente calmata, e ne furono gradatamente dissipate perfino le vestigia mediante la cura prescritta; e l' infermo videsi guarire a perfezione.

STORIA XV.

Caso in cui il rob nostrale ha recato danno, e vi furono segni che conteneva mercurio.

Altra specie di rob impiegata con danno dell' infermo.

§. 9. Un certo sig: D. Giuseppe N. N. di un paese vicino a Nusco si era recato in Napoli, onde curarsi perchè dopo un' oftalmoblenorrea idrargirica vedevasi affetto da un denso panno ed ulceri alle cornee, che lo rendevano quasi compiutamente cieco, oltre alla cura locale del panno incominciò l' uso del Rob da me prescrittogli ed in breve termine notavasi già un miglioramento, che mi facea sperare la guarigione; quando improvvisamente vidi stazionaria la malattia, ed un bel giorno lo trovai agitato, e cogli occhi molto irritati, ed offuscati perchè fattomi ad interrogarlo, egli mi confessò, che ad onta della mia proibizione riguardo al Rob nostrale, si era lasciato persuadere da un professore, il quale gli avea raccontato prodigi ottenuti col Rob di un

certo farmacista da esso protetto, e lo avea sostituito al Rob di Francia; ma che ben tosto il suo ben essere era stato alterato, ed egli ebbe a soffrire, e vomito, e ftialismo con dolori alle gingive, ed agli occhi.

§. 10. Il qual fatto mi diede a conoscere, che in questo Rob doveva esservi del sublimato, e poteva far miracoli appunto ne' casi di sifilide, ma non già in quelli ne' quali usiamo raccomandarlo. Allora purgatosi il mio infermo per tre giorni, e fatto uso di gargarismi ripigliò la sua cura di prima, mediante la quale fu ridotto ad una guarigione felice per quanto il comportava lo stato in cui erasi presentato.

Ciò pruova esistenza di un sale mercuriale in questo Rob.

STORIA XVI.

Cura ottenutasi mediante il rob, che conteneva del sublimato corrosivo.

§. 11. Nè molto dopo ebbi la riconferma della pratica de' farmacisti, che preparano il Rob con sublimato perchè un signore Inglese di altissimo rango avendomi chiamato per un' oftalmia, dopo essersi guarito, mi disse che voleva il mio parere su di un dolore notturno che soffriva al braccio sinistro, e mostratomi il luogo del dolore riconobbi esservi un principio di esostosi nell' ulna dipendente da sifilide, perchè gli prescrissi il mercurio, ed egli mi disse, *e se invece prendessi il Rob?* . . . A che io risposi non esser questa la medicina appropriata, perchè giammai avea egli fatto uso di mercuriali preparazioni.

Altra storia che palesa lo stesso, cioè un sale mercuriale nel rob nostrale.

§. 12. Passarono altri tre mesi, ed egli mi chiamò per una nuova oftalmia, e liberatosi anche da questa, mi disse *vi ricordate voi del mio braccio? Sappiate ora ch' io sono perfettamente guarito col Rob. Signore* io gli dissi, *se avete preso il Rob dai nostri farmacisti voi avrete preso con esso il sublimato, ed eccovi la spiegazione della cura.* Come infatti egli mi assicurò, che nel tempo della cura ebbe le gingive gonfie, e dolenti, e che gli era rimasta

Ho indovinata la qualità del Rob usato per questa sifilide.

abbondante secrezione della scialiva. Il Rob era stato preparato da un valente farmacista che mi nominò, e conobbi, che il medesimo lo avea preparato appunto per quel signore di cui ho parlato nella storia XV.

Sarà utile di stare alle regole di Bouveau Lafecteur.

§. 13. Da questo si raccoglie, che quando vogliasi curare l' idrargirosi non si dovrà discostarsi dall' uso del Rob sincero, e legittimo, e che debbasi poi usarlo secondo le prescrizioni di Lafecteur locchè dimostra il seguente fatto.

STORIA XVII.

Caso in cui non riuscì utile il rob perchè non si era data la decozione di salsaperilla.

Quarta cura che dimostra doversi attivare il rob, mediante la salsaperilla.

§. 14. Io venni interrogato da un signore Boemo di molta distinzione, il quale soffriva una tabe incipiente, ed una specie di corona venerea alla fronte. Egli mi descrisse i suoi mali, e l' abuso, che avea fatto di frizioni mercuriali, ed anche del sublimato, sicchè io dissi ora il vostro rimedio sarebbe il Rob, a che egli rispose. *Questo appunto vado prendendo da tre settimane; ma senza veruna utilità, io ne ho consumato quasi tre bottiglie ed è venuto da Parigi; talchè può dirsi legittimo.*

Decozione sostituita a quella di salsa.

§. 15. A questa risposta io non potea concepire; come ciò fosse vero, ma bene esaminato il tutto conobbi, che un valente medico per fare qualche cosa di originale gli avea prescritto dover lasciare le copiose decozioni di salsa ordinate da Lafecteur e sostituirvi una decozione di sua invenzione composta dello smilace, e della dulcamara.

Come venisse poi usato.

§. 73. Allora io gli feci prendere le abbondanti decozioni della salsaperilla con otto cucchiaj di Rob ogni mattina ed altrettanti ogni sera, e non passarono otto giorni, che vedevasi a migliore stato, nè terminò un mese, che la corona più non si vedeva, ed in termine di tre mesi fu guarito compiutamente.

Parlerò delle scrofole curate mediante il rob.

§. 16. Lascio molti altri casi di simil successo ottenuto per le malattie derivate da Idrargirosi, ed avverto unicamente il lettore, che le quante volte i miei infermi hanno dovuto contentarsi del

Rob preparato nelle nostre farmacie, oppure hanno ommesso l'uso della decozione di salsaperilla, ancorchè il rob non contenesse del sublimato, mai ho veduto quegli effetti pronti, ed utili, che abbiamo ottenuto dall' uso del Rob di Francia bene amministrato, e solamente il nostrale venne usato con profitto nelle alterazioni scrofolose leggiere. Nelle scrofole per altro di natura molto grave ed inveterate ho usato con vantaggio manifesto il Rob di Francia, ed eccone un' esempio.

STORIA XVIII.

Guarigione felice in caso di malattia scrofolosa grave.

Storia prima di un vizio scrofoloso inveterato.

§. 17. L' anno 1822 venne d' Irlanda una giovane d' illustre nascita e dopo averla curata estirpando certe ghiandolette meibomiane scirrose, ed impiegando il laudano per togliere un residuo di oftalmia scrofolosa, mi diede a conoscere, che di tempo in tempo presentavasi qualche parte infiammata sul dilei corpo, e ne usciva una porzione d' osso che staccavasi spontaneamente or da una parte, ora da un' altra.

Aggiunzioni all'uso del Rob, e guarigione costante.

§. 18. Richiesto dunque il parere del valente Professore Antonucci si prescrisse il Rob nel consueto modo, e fu con questo radicalmente guarita; Nell'autunno le si fece prendere l' acqua di catrame, e nella primavera consecutiva per suggerimento del sullodato professore sebbene fosse in ottima salute prese l' acqua di calce, e le carni di vipera secche, e polverizzate, dopo le quali cure ella si trovò in buona salute, e continua da sei anni a trovarsi libera dagl' incommodi, che tanto l' aveano tormentata, così negli occhi, come anche in altri organi.

Utilità del mercurio nella sifilide.

§. 19. Io potrei ora addurre un gran numero di esempi tanto delle scrofole curate mediante il Rob, come della sifilide curata mediante il mercurio, ma giudico inutile perchè ripeterei cose accennate prima. Nella sifilide ogni buon medico riguarda il mercurio come rimedio sovrano, e dirò soltanto, che ho sperimentato l' acido nitrico, ed il triplo muriato d' oro; come anche l' estratto di aconito, e che gli effetti non hanno corrisposto in

un modo palese, e costante. Che la pomata mercuriale è fra le preparazioni conosciute una delle più attive, ma eccita facilmente delle alterazioni idrargiriche agli occhi se non sia impiegata con precauzione, ed ho trovata giusta la regola dal Professore Brera tanto commendata di variare preparazioni mercuriali, qualunque volta non sia riuscita efficace taluna di esse, e così ho adoprato con molto successo il sublimato a refratte dosi, ed il deuto fosfato di mercurio, ma la preparazione più sollecita ed efficace è stata lo zolfato di mercurio, o turbite minerale.

Perchè si aggiungano le storie susseguenti.

§. 20. Non trovando ne' giornali di clinica verun caso di retinitide, nè di sclerotitide, nè di fungo ematodes aggiungo tre casi di queste infermità, che sono registrati nel mio giornale privato.

STORIA XIX.

Retinitide acuta grave primitiva.

Condizione della giovane.

§. 21. Adi 25 marzo del 1820 si presentò in mia casa una giovane d' anni 17. per nome Maria de Santis, la quale in seguito di una sopressione improvvisa ne' suoi corsi mensili cominciò a soffrire dolori acutissimi nel fondo degli occhi, ed in tutto il contorno delle orbite; principalmente all' occhio destro.

Stato degli occhi.

§. 22. Le pupille erano dilatate di una tinta assai cupa, e nel fondo dell'occhio vedevansi delle macchie di un rosso cupo segno d' infiammazione profonda. L' oftalmia non pareva grave poichè la congiuntiva era irrigata da pochissimi vasi, ma la sclerotica presentava de' vasi profondi irrigati di sangue, ed una tinta più fosca dell' ordinario (Vedi Tav: IX. Fig: 1.).

Sanguisughe.

§. 23. Feci applicare nella prima giornata otto sanguisughe in più riprese vicino agli angoli degli occhi.

Applicazione dell' estratto di Belladonna e cura interna.

§. 24. Feci eseguire delle strofinazioni frequenti sul contorno delle orbite con estratto di belladonna appena ammollito coll'acqua, amministrai subito per bocca ben cinque acini di calomelano, e la sera due acini dell' estratto di josciamo.

§. 25. Poi le feci prendere de' semicupi ben caldi, e feci anche applicare mignatte alle pudende. Semicupj.

§. 26. In seguito rinnovai ogni giorno l' applicazione delle mignatte, ed amministrai due acini di calomelano ogni mattina avendo proibito qualunque lavatura agli occhi con sostanze acquose. Nuove applicazioni di mignatte.

§. 27. Adi 26 marzo trovavasi meglio, ed in seguito giorno per giorno andava meglio; talchè adi 9 dell' aprile consecutivo poteva dirsi guarita. Stato migliore.

§. 28. Continuò l' uso interno del calomelano per quaranta giorni, ed i bagni dolci tiepidi; indi fece uso di limatura di ferro porfirizzata prendendone tre volte ogni 24 ore da 6 fino a 10 acini uniti all' etiope vegetabile, e si trovò, perfettamente sanata in maggio. Cure interne posteriori.

STORIA XX.

Fungo ematodes.

§. 29. Adi 20 aprile del 1822 venne in mia casa un giovanetto per nome Pietro de Angelis in età d' anni 9. Giovanetto infermo.

§. 30. L' occhio sinistro era sano, ma nel destro vedevasi un tumore, che usciva fuori della cornea di già screpolata, ed era composto di polpa nervosa, e vasi varicosi. L' occhio avea un' aspetto cupo, e la visione era perduta, vedi la Fig: 2: Tav: IX; che è copiata da questo originale, toccato l' occhio era sensibilissimo. Tumore al destro.

§. 31. Proposi al padre le bagnature con estratto di belladonna l' amministrazione del calomelano, come anche frequenti applicazioni delle mignatte al contorno dell' orbita; aggiugnendo, che forse doveasi venire all' estirpazione dell' occhio. Cure proposte.

§. 32. Ma niente fu eseguito di quanto ho potuto raccomandare, e due mesi dopo si presentò con aumento di dolori, e del tumore sicchè l'occhio vedevasi, come viene rappresentato dalla Fig: 3. Tav. IX. Peggiore stato.

§. 33. Io non ho più potuto aver contezza del giovanetto, ma dubito di un tristo evento. Dubito di un tristo evento.

STORIA XXI.

Ialoiditide grave ed ingrossamento de' vasellini componenti il vitreo all' occhio sinistro.

Colpo ricevuto da un giovane.

§. 34. Adi 26 maggio 1827 si presentò a chieder le mie cure un giovane per nome Gennaro Longo d'anni 22 natio da Salerno, il quale essendo in un bosco venne colpito da una bacchetta nell'occhio sinistro, e fu con tale impeto, che per quanto potei capire da quel momento si sviluppò un' infiammazione profonda in quest' occhio.

Aumento dell' infiammazione propagatasi al vitreo.

§. 35. Sul cominciare pareva che il male non fosse grave; ma pochi giorni dopo l' occhio divenne dolente, si accorse d'aver perduta la vista ed il vitreo tutto irrorato da globi sanguigni divenne rosso, ed usciva, come dimostra la Fig: 4 Tav: IX.

Rimedj, che hanno calmato l' irritazione.

§. 36. Le frequenti applicazioni delle mignatte, l' estratto di belladonna applicato al contorno dell' orbita, e copiose dosi del tartaro emetico preso per bocca epicraticamente calmarono l' irritazione.

Recisione del vitreo alterato.

§. 37. Indi feci la recisione del vitreo iniettato che sporgea fuori dell'occhio, e la rinnovai dopo otto giorni vedendolo riprodotto.

Si applica l'occhio artificiale.

§. 38. Cessati interamente i dolori verso la fine di giugno l' occhio videsi in istato di atrofia e si potè applicare un' occhio artificiale.

ANNOTAZIONE IV.

Sui tumori della cavità orbitale.

I tumori spingono l'occhio infuori.

§. 1. Questi tumori si riconoscono perchè l' occhio esce in fuori e sembra cader fuori dell' orbita, come addiviene talvolta per causa di un colpo violento che l' occhio sia spinto fuori dell' orbita,

ed ha luogo la viziatura ; che dagli antichi maestri è stata descritta sotto nome di exoftalmia.

§. 2. Se l' exoftalmia non verrà da un tumore, ma dipenderà da una ferita vi sarà grave pericolo, che l'occhio ne rimanga affetto perchè l'urto ricevuto, o scompone il cristallino, e determina una cateratta traumatica, o altera i nervi , e dà origine all'amaurosi organica. Se l' exoftalmia dipende da ferita è pericolosa.

§. 3. Quando l' occhio sarà portato fuori di posto per causa di un tumore orbitale ciò succederà lentamente , e per gradi , sicchè da bel principio l'occhio sembrerà idropico , ed uscirà in fuori ; ma la facoltà di vedere non ne resterà alterata ; se non dopo molto tempo. Se dipende da tumore procede con lentezza.

§. 4. I tumori orbitali , che ho potuto osservare erano di varie qualità. In clinica il primo, che si è presentato l'anno 1815 videsi entro l'orbita sinistra di certo Domenico Vocca. Avea questo spinto in fuori l' occhio a tal segno che il nervo ottico era viziato , e ne era venuta l' amaurosi. Primo tumore osservato.

§. 5. Ho vuotato il tumore ben due volte avendolo trovato ripieno di linfa, ma sempre si riempì di bel nuovo, sicchè ho poi portata via tutta la parte anteriore della cistide da cui era formato , e dopo questa operazione non si riprodusse più perchè la parte rimasta si è riunita alle altre vicine messe a scoperto nell' atto dell'operazione. Operazione eseguita.

§. 6. Due altri tumori cistici sono stati quelli di cui ho dato conto nel libro II. pag. 296 e 297. In questi casi i tumori formati da cellulare non aveano portato verun disordine ai nervi , ed avendoli portati via col fare un' apertura profonda attraverso alla palpebra , che gli copriva sono venuti a scoperto bene , e gli ho estirpati per intero , e con pieno successo. Due cistici estirpati a tempo.

§. 7. Un' altro caso di tumore orbitale è quello di cui ho dato la storia nel giornale intitolato *l' Osservatore Medico* di Napoli. Il tumore non era cistico , ma dipendeva piuttosto da una gran copia della cellulare orbitale raccolta sotto la caruncola lagrimale. Altro tumore formato da cellulare senza cistide.

§. 8. Il sig. Capitano Martinez , che ne era affetto si accorse unicamente che il suo occhio sinistro vedeva gli oggetti duplicati , questo difetto venne sul principio riguardato , e curato come vizio nervoso da me e da altri professori ; ma vedendo la resistenza , che opponeva a tutti i metodi curativi , e notando che l' aspetto dell' iride pareva sano rivolsi una maggior cura a riconoscere la Fenomeni osservati in quel caso.

causa del male, e mi avviddi, che l' occhio usciva infuori verso il canto esterno come se vi fosse spinto dalla caruncola ingrossata.

Venne estirpato in parte.

§. 9. Attreversata la caruncola lagrimale, e portata via una gran porzione della cellulare sottoposta mediante le forbici, e pinzette l' infermo conobbe di veder meno doppio, ossia più ravvicinate le immagini.

Seconda operazione utile.

§. 10. Guaritosi dalla prima operazione feci di nuovo il taglio attraverso alla caruncola, e portai via un gran pezzo di tessuto cellulare posto entro l' orbita, e sotto alla caruncola, che somigliava ad una grossa ghiandola, o ad un gruppo di cellulare libera, e mancante di cistide, e l' occhio avendo ripigliato il suo posto vedeva bene, e fu guarito in pochi giorni.

Segni, ed operazione.

§. 11. Dopo queste osservazioni ho stabilito per regola che i tumori orbitali si riconosceranno perchè spingeranno in fuori l' occhio, e che bisognerà sempre farne l' estirpazione tagliando profondamente, o la palpebra o la caruncola, che vi stà sopra, e col portarli via si eviteranno le alterazioni, che quelli determinano sul sistema nervoso dell'occhio, cioè la diplopia, e la paralisi effetti della distrazione.

Come si debba portar via la cistide almeno in parte.

§. 12. Quando vi sia una cistide molto aderente alle parti muscolari, e nervose contenute nell' orbita mi contenterò di portar via la parte anteriore di detta cistide, e se fosse possibile una metà circa di essa, onde non si rinnovi il tumore; e non vengano maltrattate le parti profonde, che tanto servono ai movimenti ed alle funzioni dell' organo della vista.

Danno, che deriva da lasciar quasi tutta la cistide.

§. 13. Se la cistide vien lasciata quasi tutta, essa ben presto si riempisce o di linfa, o della materia molle, come ne'casi di meleceride, o di cellulare, e ricomparisce il tumore cosa che non succede allorchè sia stata portata via gran parte di essa, poichè il rimanente si agglutina per un corso d' infiammazione simile a quello, che procura la guarigione dell' idrocele.

ANNOTAZIONE V.

Intorno alla Trichiasi della caruncola, e della congiuntiva.

§. 1. Ho fatto cenno di queste due specie di trichiasi nel libro I. pag: 23. quella della caruncola è stata descritta dall' Albino nelle sue Annotazioni Accademiche Lib: III. Capo VIII. e dipende da taluni peli di cui suole vedersi fornita la caruncola lagrimale, i quali sono molto ingrossati, ed irritano le parti vicine, ed anche l' occhio. Trichiasi della caruncola.

§. 2. Questi cagionano una ostinata oftalmia, la quale non cede a veruna medicina se non vengano strappati. Quasi sempre dopo questa operazione vedesi cessare l' irritazione perchè trovandosi in un tessuto molle i peli escono con tutta la radice, e vengono a distruggersi i loro bulbi, ma se ripullulassero io preferirei all' applicazione della pietra raccomandata da varj autori, il portar via porzione della caruncola con qualche bulbo de' peli mediante un colpo di forbice. Cura da praticarsi.

§. 3. L' altra trichiasi può esser considerata come un neo ricco di qualche pelo sviluppatosi sulla congiuntiva, ne ha osservato un esempio Mazars de Gazelles, che pubblicò un supplimento alla chirurgia di Eistero (M. Paul. p. 315) ed un altra osservazione venne pubblicata accuratamente in una memoria mandata in luce dal D.r D' Ippolito chirurgo della Real Marina in Napoli. Trichiasi della congiuntiva.

§. 4. In questi casi è facile intendere, ch' estirpando i peli cesserà ogni malattia al momento, e nel caso si riproducessero sarà facil cosa prendere il gruppetto de' bulbi, e portarli via unitamente ad un pezzo di congiuntiva mediante un colpo di forbici, o di coltello, il Mazars suggerisce distruggere i bulbi applicandovi sopra lo spirito di vino, o l' acido muriatico; ma ognun di noi preferirà la recisione a queste sostanze che riescono o troppo deboli, o troppo irritanti. Cure da praticarsi.

ANNOTAZIONE VI.

Intorno ai varj metodi proposti per la cura della fistola lagrimale.

Debbo far cenno de' varj metodi e proporne uno assai facile.

§. 1. Dopo quel che di sopra ho spiegato nel capo X. XI. e XII. pag. 67 e seguenti, ove trattasi della fistola lagrimale mi rimane a far qualche cenno sui varj metodi che sono stati messi in pratica per la cura, e debbo particolarmente ragionare del metodo raccomandato dal celebre Dupouytren, che consiste nel portare un tubetto metallico per entro al canal nasale; metodo che in certi casi arreca mirabile vantaggio.

Metodo raccomandato da Celso.

§. 2. Celso espone con molta precisione il metodo più efficace, che fosse in uso a' suoi tempi, ed insegna che aprivasi il sacco lagrimale mediante un coltello fatto ad uncino, e dopo aver riparato l' occhio per via di una conveniente fasciatura portavasi un ferro acuto e rovente sul fondo del sacco, onde consumare le interne callosità, ed aprire uno scolo entro le narici alle materie raccolte nel sacco fistoloso.

Altri mezzi posti in uso.

§. 3. Il dotto autore parla altresì degli escarotici come il verde rame, ed anche il precipitato rosso, detto calcite, i quali venivano portati entro il sacco per distruggere le carni callose, e procurare la cessazione delle materie puriformi, o purulente, che vengono separate, e raccolte in caso di fistola.

Uso del piombo fuso.

§. 4. Fu anche praticato di far colare il piombo fuso entro il sacco siccome riferisce Archigene di Apaneja, ma questo metodo ebbe pochi seguaci perchè troppo pericoloso, ed incerto.

Varj mezzi commendati dagli arabi.

§. 5. In seguito gli Arabi posero in opera tutti i mezzi curativi i più efficaci mentre adoperavano, e le iniezioni, e la compressione, ed il filo portato per le vie lagrimali secondo ci descrive Razes ed Avicenna, ma riponevano la principal fede negli escarotici, e nel ferro infocato come dichiara l' Albucasis.

Compressione usata da Acquapendente, ed iniezioni dallo Scacchi, escarotici da Marchetti.

§. 6. Dopo il risorgimento della chirurgia i moderni cercarono tutti gli espedienti possibili, onde render mite la cura di questo vizio del sacco, e Fabrizio d' Acquapendente rimise in voga la

compressione. Durante Scacchi volle che si aprisse il sacco, e si facessero iniezioni colla tintura spiritosa di sabina, metodi infruttuosi; ma Pietro Marchetti si attenne ai più efficaci, ed unicamente volle, che si distinguessero i casi ne' quali bisognava il fuoco, e quelli in cui potevansi adoprare gli escarotici.

§. 7. Anellio fu ammirato da tutta Europa giacchè propose di curar la fistola, e la blenorrea del sacco mediante le iniezioni astringenti introdotte pei punti lagrimali dandoci la speranza di evitare i pericoli de' tagli, e la deformità delle cicatrici, ma molti hanno trovato ineficace questo metodo ed avendolo io praticato molte, e molte volte, anche nella semplice blenorrea del sacco non ottenni la guarigione, che in un sol caso, e mi sono convinto non essere quel metodo mite sennonchè per l' immaginazione poichè i giovanetti, e le donne sogliono lottare coll' operatore ogni volta, che si pratica l' iniezione, e quel bruciore, che provano nella medicatura differisce ben poco dalla sensazione cagionata dal taglio, di più mi è accaduto non rare fiate, che la punta della siringa avendo scorticato le interne parti, ed il materiale dell' iniezioni incontrando qualche resistenza nel canal nasale siasi infiltrato per entro alla cellulare portando grave molestia, e suppurazione in tutti i contorni del sacco.

Iniezioni pei punti lagrimali dall' Anellio.

§. 8. Il Petit profittò accortamente delle pratiche raccomandate da Celso, e del setone usato dagli Arabi, e quantunque volesse abolire principalmente l' uso del fuoco praticò un metodo molto efficace mentre dopo avere aperto il sacco, egli vi portava una tenta scanelata, e lungo essa uno specillo, che apriva la via ad una candeletta ellastica, oppure ad una tasta di piombo, e portando nelle vie lagrimali delle iniezioni astringenti, e delle sostanze caustiche procurava distrugger le caliosità del sacco ed apriva uno scolo permanente ai materiali in esso raccolti sicchè la fistola veniva da lui curata radicalmente.

Metodo del Petit.

§. 9. Questo può dirsi il metodo razionale perchè il chirurgo si rende padrone del luogo dove è la sede del male, e può distruggere le parti, che danno origine alla secrezione morbosa talmentecchè i moderni l' hanno modificato ben poco.

Opportunità di questo metodo.

§. 10. Il Mejan però sembrava giunto a renderlo ancor più

Setone portato dal Mejan pel punto lagrimale.

mite evitando la cicatrice che tanto può dispiacere alle persone avvenenti. Egli passava il setone, e poneva le medicine astringenti imitando l' Anellio giacchè facea penetrare pel punto lagrimale superiore uno specillo crunato che discendeva per le vie lagrimali fino entro alle narici, e giorno per giorno aggiungendo fili al primo, e spalmando il setone con medicine, o astringenti o escarotiche cercava correggere le parti alterate, ma il passaggio del setone ingrossato reca più tormenti che l' apertura del sacco, e lascia il foro lagrimale, ed il condotto alterato; inoltre è spesso avvenuto, che la fistola si è riprodotta, ed il metodo venne rigettato come lungo, e mal sicuro.

Tubo di metallo portato da Woolhausen, e modificato dal Lecat.

§. 11. Il Woolhausen pensò che si potesse repristinare la comunicazione coll' interno delle narici mediante un tubetto di metallo introdotto nel canal nasale, e lasciato al fondo del sacco facendovi cicatrizzare al di sopra la ferita per cui era passato, ed il Lecat considerando l' officio cui era destinato, e la forma delle parti raccomandò che avesse la forma di un imbuto.

Il tubo venne adoprato anche dal Professore Troja.

§. 12. Lo stesso metodo venne usato molte volte anche dal Professore Troja di felice ricordanza in questo regno, ed ultimamente venne adoprato in molti casi dal celebre Dupouytren, ed il successo, che ne ottenne indusse molti pratici a farne uso, fra i quali il Professore Tommaso Volpi, che avea pure adoperato con molto successo la pietra infernale, ed io medesimo, quantunque non fossi persuaso di un' utilità costante. Avendo saputo, che più d'uno era stato guarito ottimamente dal lodato maestro, ne feci uso in cinque casi di blenorrea del sacco, e con ottimo effetto.

Casi ne' quali bisogna ricorrere al tubetto del Dupouytren.

§. 13. Avendo conosciuto, che ne' casi di semplice blenorrea del sacco lagrimale stante il picciolo incommodo che quella arreca gl' infermi non vogliono sottoporsi ad una cura radicale lunga, e tediosa. Molte volte essendo quelli venuti da paesi lontani senza avere i mezzi di restare nella capitale pel corso di uno, o due mesi deliberai introdurre nel sacco lagrimale, e nel canal nasale il tubetto di argento dorato (Vedi Tav: III. Fig: 6), e ne ottenni la guarigione.

Vantaggi del tubetto quando riesca nella cura della fistola.

§. 14. Per chi sà, che la blenorrea del sacco non cede quasi mai alla pomata del Janin applicata sulle palpebre, e che difficilmente curasi mediante le iniezioni d' Anellio sarà una grande sod-

disfazione il poter curare l' infermo subito dopo aperto il sacco, e postovi il tubetto, e veder poi guarito il taglio esterno in due o tre giorni; mentre se vogliasi impiegare il metodo da me preferito finora come radicale, di cui ho parlato al capo XII; questo richiede tempo, e cura assai lunga; ed ogni applicazione della pietra cagiona dolori, ed irritazione.

Casi ne' quali non è riuscito vantaggioso.

§. 15. Qualche altro professore avendolo posto in uso ha notato con dispiacere; che il tubetto eccitava una grave irritazione, e suppurazione nella maggior parte de' casi e fu costretto a ritirarlo, e curar la fistola mediante l' abrasione del sacco operata dagli escarotici.

Mezzi per ritirare il tubetto se produce irritazione.

§. 16. Sò molto bene, che questa irritazione è stata più fiate osservata anche dal citato maestro della chirurgia francese perchè egli aggiunse al suo tubetto un orlo con due incavature in cui possono entrare due dentelli de' quali egli ha voluto armare il suo manubrio mobile, perchè questi incontrandosi nel lembo rialzato del tubo potessero servire a ritirarlo (Vedi Tav: III. Fig: 5 a.a.).

Perchè il tubetto possa divenir molesto.

§. 17. Il successo ottimo da me ottenuto ne' cinque casi citati mi ha indotto nella persuasione, che molto dipenda dalla maniera di portarlo nel canal nasale, poichè se questo entra pel canale scolpito dalla natura non può irritare le parti, che lo ricevono, ma se nel farlo penetrare fino entro alle narici passa fra il periorbita, e l' osso è facile, che allora produca l' istesso effetto, che suol determinare un corpo straniero introdotto nel corpo umano; e ci costringa a ritirarlo.

Iniezioni portate dall' interno delle narici.

§. 18. Il Bianchi verso il 1716 e prima ancora di lui Vegezio aveano tentato di portar le iniezioni entro le vie lagrimali dalla parte delle narici facendo penetrare la siringa nel canal nasale introdotta per le narici, e questo metodo venne riprodotto dal De la Forest, e da altri, ma riesce troppo incommodo, e dubbio, talchè fu abbandonato ben presto.

Modificazione del Pallucci.

§. 19. Questi metodi sono veramente i principali e possiamo dire, che tutti gli altri non sono che modificazioni poco notabili per esempio il Pallucci passava il setone per le vie lagrimali senza far taglio, ed introduceva una canula prima di farvi passare lo specillo crunato col filo portato dal Mejan.

Aggiunte al metodo di Mejan fatte da varj autori.

§. 20. Così Cabanis, Vicquidazir, e Schulze addottarono lo stesso

espediente, ma per afferrare lo specillo il primo impiegava certe pallette traforate, il secondo usava un cilindro con una fenditura, e l' ultimo un cilindro con due molle laterali che venivano serrate da una canula mobile subitochè lo specillo era stato preso.

Pouteau tagliava la palpebra nel suo interno, ma il metodo era quello di Petit in tutto il resto.

§. 21. Pouteau usava il metodo del Petit ma tagliava la congiuntiva, ed apriva il sacco da dentro alla palpebra, onde evitare una cicatrice deforme, anche questo espediente fu abbandonato perchè qualche volta induceva una certa stiracchiatura e deformità della palpebra assai peggiore che la cicatrice del sacco, la quale poi non suol essere visibile nè deforme quanto si giudicherebbe a prima vista.

Dessault, e Scarpa cangiarono poco il metodo del Petit.

§. 22. In questi ultimi tempi Dessault, e Scarpa si attennero quasi intutto al metodo di Petit passando per le narici una corda di budella, la quale ingrossandosi per l' umidità veniva a dilatare il canal nasale, e portavano lungo essa la pomata del janin, e le iniezioni astringenti.

Nannoni usava la polvere angelica escarotico attivo.

§. 23. Angelo Nannoni curava le fistole con molta fortuna aprendo il sacco, e portandovi la polvere Angelica, che è un potente escarotico composto di allume, e precipitato rosso a parti eguali, ed il Professore Volpi di Pavia faceva lo stesso, ma sostituiva pezzetti del nitrato d' argento alla polvere Angelica.

Metodo più efficace.

§. 24. Ho fatto varj tentativi, ed ho esaminato molti infermi curati da altri con varj metodi, e da tutte queste osservazioni risulta, che il metodo più efficace è quello, che tende a consumare la superficie interna del sacco, o mediante gli escarotici, o mediante il fuoco, e che induce una dilatazione del canal nasale; e ciò posto ho addottato come metodo radicativo quello spiegato nel capo XII. pag. 72.

Casi in cui non può adoperarsi.

§. 25. Siccome però vi sono degl' infermi, i quali hanno difficoltà a sottoporsi a questo metodo e preferiscono la malattia agl' incommodi della cura, oppure non si trovano in caso di abitare lo stesso paese dove sta il professore pel corso di tutta la cura, in questi casi ho trovato unico espediente applicare la canula del Dupouytren singolarmente se trattavasi di una semplice blenorrea del sacco, che è poco incommoda, e facilmente può venir curata a questo modo.

§. 26. Se la cosa riesce felicemente la canula rimane entro il canal nasale, e nel fondo del sacco da dove porta via le materie, che si raccolgono formando una callosità in queste parti, e poi bene spesso cade da per se, dopo varie settimane o entro le narici, o nel tubo alimentare, e rimane sanata la fistola con grande soddisfazione dell' infermo, e del Professore. Effetti prodotti dalla canula.

§. 27. Quando poi la cura non riesca si ha la soddisfazione di poter dire, che si è tentato il mezzo più blando, e non potendo questo riuscire l' infermo raddoppia gli sforzi, calcola meglio lo stato suo e si sottopone più volontieri alla cura eradicativa, che sempre esser deve eseguita col mezzo de' caustici poichè tutti gli altri mezzi restano quasi sempre infruttuosi e danno luogo a recidive. Risoluzione da prendersi quando non riesca.

§. 28. Ho notato nella pratica della cura eradicativa citata che giova sempre tenersi aperto il canal nasale passando dietro agli specilli una corda di budella grossa mezza linea circa, e lunga circa un pollice, la quale facilmente si rinnoverà ogni mattina, e giova tener riempito il sacco di filacciche, onde il caustico trovi aperta la via, e possa agire sull' interno di queste parti. Quando poi applico la pietra infernale, o la polvere angelica tolgo via per quel giorno la corda, e le sfila perchè non vi sia impedimento e lascio pezzetti del caustico alquanto grossi in sito onde ottenere notabile distruzione di parti, fra molti caustici adoprati da me, il nitrato d' argento suole riuscire più efficace, e di minore molestia all' infermo. Regole da osservarsi.

§. 29. In generale ho notato, che que' chirurghi, i quali usano il setone, o le taste, o le iniezioni, iniettano, e portano le materie escarotiche, ed astringenti molto dentro nelle narici, ed agiscono più nell' interno di esse che sulle vie lagrimali. Bisogna persuadersi, che le vie lagrimali non sono più lunghe di cinque o sei linee del piede di Parigi, e che tutto ciò che si pratica entro le narici è perduto. Il canal nasale non è più lungo di due o tre linee, e frattanto ho veduto da taluni professori infossarvi dentro la siringa d' Anellio e fare iniezioni, le quali solamente poteano bagnare la schneideriana, che ricopre i turbinati, e non già il canale nasale perchè la canula lo avea sorpassato. Errori di taluni pratici nel fare iniezioni.

Perchè si adoperi una corda assai corta.

§. 30. Similmente le candelette, e le corde impiegate erano lunghissime ed agivano entro le narici, e niente affatto nel sacco o canal nasale, e per questo io porto nel canal nasale una corda assai corta, e la cambio ogni 24 ore procurando di agire sul sacco, e sul canal nasale.

ANNOTAZIONE VII.

Alterazioni del vitreo, ed idoprisia dell' occhio.

Cause prossime dell' idropisia dell' occhio.

§. 1. L' interna cavità dell' occhio è sottoposta all' idropisia, come tutte le altre cavità del corpo umano, e questa infermità dipende quasi sempre dall' azione accresciuta de' vasellini capillari, che separano gli umori destinati ad occupare le parti più interne; può per altro dipendere altresì l' idropisia da mancanza di attività nel sistema sorbente. È facile intendere, che altra cosa sarà la jaloiditide nella quale l' aumento del volume del vitreo dipende da un' infiammazione delle sue cellule che vengono irrigate dal globo sanguigno, nè potrà l'idoprisia venir confusa colla linchisi nella quale il vitreo non aumenta di volume, ma diventa fluido come l' acqueo, e prende una tinta giallastra.

Umori accresciuti e membrane distese.

§. 2. Ne' casi d' idropisia talora si aumenta l' umor vitreo, altre volte il solo acqueo, o ambedue detti umori, e le membrane dell' occhio quantunque molto solide cedono, e si distendono passando a stato d' infiammazione cronica per l' aumentata attività de' vasi capillari da cui sono formate.

Segni dell' accrescimento del vitreo, e dell' acqueo.

§. 3. Se il male deriva da aumento del vitreo la lente spinta innanzi dilata la pupilla e si presenta all' attento osservatore, se l' acqueo abbonda la lente viene respinta, l' iride si fa tremula ad ogni mossa dell' occhio, e la pupilla vedesi molto ristretta.

Operazioni usitate in questi casi.

§. 4. In questi casi la paracentesi commendata dagli antichi non produce, che un sollievo momentaneo simile a quello osservato nelle idropisie. Siccome però la distensione del globo dell' oc-

chio porta i suoi effetti sulla retina e sui nervi cagionando dolori acerbissimi ne' contorni dell' occhio, e nel capo, i moderni hanno insegnato, che per evitare sì gravi disordini subitochè la facoltà visiva è perduta sarà ottimo spediente portar via gran porzione della cornea, e lasciar vuotare gli umori a poco a poco, dopo di che sorge una lenta infiammazione delle membrane interne e l' occhio passa a stato di atrofia.

Vuotamente improvviso, e lento dell'occhio.

§. 5. Molti hanno usato dividere la sclerotica, e portarne via una zona anteriore con tutta la cornea che vi è contenuta unitamente al cristallino, ed all'iride, ma questa precipitosa estirpazione produce grave emoragia, e pericolosa alterazione de'nervi, e perciò venne proposto di portar via una porzione della cornea vicina al centro del diametro di tre linee circa, e lasciare, che a poco a poco si vuoti l'occhio.

Cure interne da sperimentarsi.

§. 6. Questo spediente come ognuno intende sarà l'ultimo, ma si dovranno prima tentare tutti i mezzi opportuni a curare l' idope in generale, o l'infiammazione delle interne membrane dell'occhio.

Cure sperimentate utili sul cominciare del male.

§. 7. Perciò molte volte riescono utili frizioni al contorno dell' orbita colla pomata mercuriale, applicazioni di vescicanti, e setone alla nuca, i diuretici, ed i sudoriferi alternandone l' uso con quello de' drastici, ma più di tutto riesce utile l' uso interno del calomelano, e della squilla.

SUPPLIMENTO

AL TRATTATO DELLA PUPILLA ARTIFICIALE.

Non vi sono regole nuove dopo quel che ho spiegato.

§. 1. Nel formare il piano di quest' opera io m' era proposto rettificare in questo luogo le regole pubblicate per la corotecnia nel libro II, veggasi il prospetto da me pubblicato nel 1819, ed il discorso preliminare del lib. I. §. 38. Io mi era preparato fin d' allora a coreggere i miei errori, e perfezionare le regole, ma niente di nuovo posso aggiugnere a quel tanto che ho pubblicato nel libro II, quantunque dopo quell'epoca abbia praticato, ben trecento altre operazioni di pupilla artificiale.

Precisione, ed utilità delle regole spiegate.

§. 2. Per quanto ho potuto meditare, e per quanto mi sono esercitato, sempre ho trovato giuste, e precise le regole addottate nel trattato suddetto. Rarissimo è stato il caso in cui non si ottenesse quel grado di vista, che poteasi sperare, mentre non sono da valutarsi que' casi ne' quali si è tentata l' ectomia dubitando di trovare ambliopia e questa si è trovata in grado tale da rendere infruttuosa l' operazione. In qualche altro caso l' operazione riuscì di poca utilità perchè il campo sano della cornea era picciolissimo, e quantunque a primo aspetto questa sembrasse diafana dopo aver portata via l' iride ci siamo accorti ch' era molto viziata per causa di cicatrici formatesi dopo una esulcerazione superficiale.

Rari casi in cui è mancato il successo.

§. 3. Se questi casi si vogliano eccettuare, in tutti gli altri si ottenne ottimo successo, ed appena due o tre occhi per cento ebbero sucesso infelice per causa d' infiammazione, o per causa di aplocia essendo stata tolta via poca porzione dell' iride, ed il caso di perdita del cristallino, d' iritide, o di suppurazione si è veduto appena una volta in ogni cento casi.

Qualchè imperfezione è inevitabile.

§. 4. Dopo queste osservazioni io non saprei cosa proporre di meglio di quel tanto, che ho spiegato in proposito, poichè bisogna accordare qualche cosa all' imperfezione pur troppo inevitabile nelle cose umane, che ad onta di tutti i nostri sforzi ci lascia delusi delle più belle speranze.

SUPPLIMENTO

AL TRATTATO DELLA CATERATTA.

Mi attengo all' estrazione.

§. 1. Quel tanto, che ho pubblicato ne' precedenti libri su questa materia ha talmente corrisposto in pratica, che io niente aggiugnerò alle regole già spiegate, e mi attengo all' estrazione anteriore da cui sempre ho ottenuto degli effetti buoni nella massima parte de' casi.

Risultamenti ottenuti nella clinica ne' primi 4 anni.

§. 2. Dai prospetti di clinica infatti si raccoglie, che nella scuola pel corso di 4 anni ho praticato *86* estrazioni di caterat-

ta, e soltanto 7 restarono senza utilità essendo in 4 occhi venuta la suppurazione, in due la occlusione della pupilla, ed in uno caso la cateratta secondaria senza poterla togliere. Quì non posso comprendere tre casi ne' quali è rimasta libera la pupilla, ma l' uomo non ricuperò la vista per difetto de' nervi, che avrebbero mancato qualunque fosse stato il metodo, ne' poteasi ottenere di più di quel che si conseguì essendo rimasta liberata la pupilla senza grave infiammazione.

Successi ottenuti dopo singolarmente in città.

§. 3. Dopo la pubblicazione del volume terzo ho praticato in clinica altre 110 operazioni delle quali restarono senza utilità soltante nove per le cause citate, e nelle case de' privati ho sempre ottenuto maggiori vantaggi perchè s' incontrano facilmente persone, che intendono la necessità di stare in perfetta quiete, e che hanno più cura della propria salute; e quindi secondano meglio le nostre premure, e con più successo.

Ho tentato più fiate la depressione.

§. 4. Ad onta di questi buoni effetti non ho mai trascurato di fare nuovi tentativi, onde conoscere se la depressione regolata con altri principj dar potesse maggiori vantaggi, e riferirò due saggi da me praticati in clinica a tale effetto.

STORIA I.

Depressione tentata secondo le norme del professore Himly.

Estrazione tentata con felice esito.

§. 5. L' anno 1827 si recò presso di me il D.r Gustavo Himly figlio del celebre clinico di Gottinga, ed avendo egli attentamente seguitata la mia pratica rimase assai soddisfatto del modo ch' io teneva per l'estrazione, ed egli stesso volle praticare il metodo secondo le mie regole ad un occhio del contadino per nome *Antonio Russo* io lo praticai all'altro occhio, ed ambedue sortirono ottimo effetto.

Volli tentare la depressione con talune avvertenze.

§. 6. Trattanto avendomi egli spiegate le regole che teneva suo padre ed i buoni effetti, che ne avea ritratto volli fare un tentativo, che venne praticato nell' occhio destro di Saverio Coppola e dopo l' operazione l' infermo venne affidato alle cure del Dottor Luigi de Balba da Mineo in Sicilia.

Ago del Professore Himly.

§. 7. Io avea un ago fabbricato espressamente a Gottinga sotto la direzione del dotto maestro, che si avvicina molto a quello del cavaliere Scarpa, ma è meno incurvato più larghetto, ed ha l'interna costa meno rialzata.

Regole da esso commendate.

§. 8. Circa alle regole ch' io ebbi per norma queste si riducono a quanto segue.

I. Reg. Si farà penetrar l' ago nel solito modo spingendolo fino al centro del vitreo dietro la cateratta.

II. Reg. Arrivato nel citato luogo si passerà sopra la cateratta portando la convessità dell' ago verso l' uvea, e la concavità sul centro della casula.

III. Reg. S' infosserà la sua punta contro il centro della casula agitandolo in guisa, che rimanga squarciata, ed infossando profondamente la cateratta nel centro dell' occhio.

IIII. Reg. Si deprimerà la cateratta dirigendo l' ago in basso, e verso l' angolo esterno, e si procurerà che rimanga libera la punta dell'istromento dopo averla tenuta depressa per 20,o 30 secondi.

V. Reg. Si porterà in fine l' ago nel centro dell' occhio, e se comparirà qualche porzione di casula bisognerà di nuovo lacerarla, ed infossarla nel vitreo, se la pupilla rimanesse libera si ritirerà l' ago colla medesima direzione con cui era stato introdotto.

Regole opportunissime.

§. 9. Queste regole sembrano le più precise, e razionali perchè attenendosi ad esse la casula rimane in posto, e l'ago vien diretto a squarciarla, e la spinge in basso unitamente al corpo cristallino.

Inconveniente osservato nel momento.

§. 10. Persuaso della convenienza di queste regole ne tentai dunque l' esecuzione in clinica sull' occhio destro del Coppola alla presenza del citato medico, e degli studenti, ma introdotto l' ago e portatolo sopra la cateratta, la sua punta s'impegnò nell' iride, e quando volea infossare la cateratta l' iride venne staccata dalla coroidea verso il canto esterno, e videsi l' ifemia, che mi obbligò a desistere dall' operazione.

Successo felice nel sinistro, infelice al destro.

§. 11. In seguito l' altro occhio nel quale avea praticata l' estrazione fu guarito felicemente, e ricuperò la vista, ed in questo essendosi sviluppata una lenta iritide si trovò chiusa la pupilla, e vincolata a porzioni di casula quantunque si fosse riattaccata l' iride in tutto il suo contorno.

STORIA II.

Depressione tentata secondo le regole propostemi dal Cavaliere de Graefe.

§. 12. Essendo presente il sullodato clinico di Berlino, che mi avea spiegato la sua maniera di regolare la depressione, quando non giudicasse opportuno eseguire l' estrazione anteriore volli tentare questa operazione nell' occhio destro di Pasquale Francia e nel sinistro praticai l' estrazione al solito modo. Operazioni tentate alla presenza dell'abile professore.

§. 13. Il metodo ch' egli pratica consiste principalmente nell' eseguire le regole addottate dal Prof. Himly, colla differenza che allorquando egli infossa l'ago sulla casula stà molto attento, e se vede infossarsi la cateratta la deprime facendone la reclinazione, se poi la vede rialzarsi, e la trova resistente, allora si contenta di lacerarla, e distruggerla mediante l'incisione della casula vedi lib: III. pag. 178. Differenza portata alla depressione del Professore Himly.

§. 14. Adi 5 Aprile 1830 fatto penetrare l'ago verso il centro dell' occhio e portatolo dinanzi alla casula vidi, che invece di scendere al basso veniva squarciata, e dopo varj colpi s' intorbidò l' acqueo, e si restrinse tanto la pupilla, che non più vedevasi altro, che una porzioncella di casula al centro. Fatti dunque varj tentativi ritirai l' ago senza aver potuto sgombrare la pupilla. Esecuzione, e fenomeno osservato.

§. 15. Passati trenta giorni l' occhio sinistro videsi felicemente guarito, e nell' altro si trovò la casula ricomposta di nuovo in tal guisa, che formava una cateratta secondaria aderente all' iride. Successo ottenuto.

ANNOTAZIONE VIII.

Intorno alle alterazioni del sistema nervoso, che costituiscono varj gradi dell' amaurosi.

§. 1. La voce amaurosi risulta dalla voce greca *Mauros*, che vuol dir *chiaro* unita alla particella negativa a, e di fatti quando il male è giunto all' ultimo grado non si vede chiaro, Derivazione della voce amaurosi.

cioè non si discerne la luce dalle tenebre, questa è appunto la malattia in cui l' occhio arriva a non veder chiaro.

Insensibilità alla luce.

§. 2. Quantunque non vi sieno segni d' infiammazione, nè opacità rimpetto alla pupilla, la luce vi fa quella medesima impressione, che potrebbe far sopra un dito, o su qualunque altro organo privo della forza visiva; ed allora l' occhio non vede chiaro cioè non distingue luce da tenebre.

Aspetto dell' iride nel vizio de' nervi.

§. 3. Gli esperti medici in questi casi riconosceranno il difetto a motivo di un aspetto cupo, che assume l' occhio, troveranno qualche irregolarità o nella forma, o nel luogo della pupilla, o ne' movimenti dell' iride.

Aspetto dell' iride se il male è inveterato.

§. 4. Se l' amaurosi è inveterata, l' iride non si muove più, e la sua superficie diventa floscia levigata, e convessa, i movimenti della pupilla, o mancano, o sono irregolari come si è detto lib. II. pag. 80. e la pupilla vedesi o dilatata come nella midriasi, o ristretta come nella sinizesi nervosa (vedi Lib. III pag. 22.) o è situata fuori del centro, o è di forma angolosa, e qualunque delle citate irregolarità basta ad indicare il vizio dei nervi. Possono per altro mancare tutti questi segni, o trovarsi impercettibili, ma si conosce il male perchè la facoltà di vedere è diminuita o perduta senza che vi sia un' opacità proporzionata all' impedimento della vista osservabile rimpetto alla pupilla. Talvolta vedesi l' amaurosi cominciare collo strabismo, o perchè la forza visiva si riduce in una parte della retina, e l' uomo non vede, che porzione de' corpi, oppure vede solamente di fianco (vedi Tav. X. lib. IV.).

Quattro classi di amaurosi.

§. 5. Per istabilire le regole curative a seconda della natura dell' amaurosi stimo opportuno distinguere questo vizio in quattro classi, vale a dire paralisi nervosa pura, o consensuale o infiammatoria, o dipendente da pressione esercitata sui nervi; può darsi anche che il vizio nervoso sia complicato colla cateratta, o coll'atresia siccome ho spiegato lib. II pag. 232. lib. III pag. 42. ed in questi casi bisognerà prima dissiparlo, e quando ciò riuscisse allora solo avrà luogo l' operazione per togliere la cateratta, o aprir la nuova pupilla.

CAPO I.

Intorno all' amaurosi nervosa pura.

§. 6. In questi casi si presenta un vizio dell' occhio che ha sede propriamente ne' nervi, e sembra mancare la circolazione del fluido nerveo, pare che i nervi abbiano perduta la loro attività in un modo essenziale, la forza loro manca senza che vi sia infiammazione del neurilema, senza pressione esercitata sui loro tronchi, e senza vizio degli organi che si trovano in consenso stretto coi medesimi. Caratteri dell' amaurosi nervosa.

§. 7. Quasi sempre quest' amaurosi comincia con dilatazione della pupilla, e rare fiate và congiunta alla sinizesi nervosa, o alla posizione eccentrica. Suol essa venire improvvisamente con totale perdita della vista, e qualche volta è preceduta da convulsioni, o perdita parziale della facoltà visiva. Aspetto dell' occhio, e forza visiva.

§. 8. Si osserva il battito delle palpebre, ed il movimento ondulatorio del globo dell' occhio in quasi tutti questi infermi, nè suole questo vizio essere preceduto da sifilide, nè da abuso de' mercuriali, nè da contagio vajuoloso, o da altri simili difetti come sarebbe artritide, scabbie, latte ritroceduto, ed altri contagi che potrebbero eccitare un' infiammazione del neurilema. Segni apparenti e mali non preceduti.

§. 9. Quasi sempre cadono in questo difetto coloro, che portano labe ereditaria, vale a dire i figli di genitori amaurotici, gl' individui deboli, e nervosi. Coloro, che hanno abusato o della forza virile, o delle facoltà intellettuali vivendo in continua applicazione; ed eccitando il sistema nervoso a soverchio sforzo. Persone più sottoposte al citato morbo.

§. 10. In questi casi la cura dev' esser diretta principalmente sui nervi, e tutte le altre riescono infruttuose, le frizioni con oglio fosforato sogliono recar molto vantaggio, al cominciare del male, ed anche l' agopuntura, che descriverò più sotto. Le cure interne più efficaci sono decozioni di fiori d' arnica, pillole di Assafetida, e cinabbro accompagnate da bagni freddi per immersione esercizio di corpo, ed alienamento dai patemi d'animo tanto lieti, che tristi. Cura più conducente.

Altre cure e casi di riuscita difficile.

§. 11. Anche la china, il castoreo, e la valeriana in questi casi riescono di qualche utilità; ma se il male sarà ereditario, oppure inveterato ed arrivi al grado di perfetta amaurosi confirmata da cinque, o sei settimane si potrà tentar la cura, però quasi sempre senza profitto, anche l' amministrazione dell' estratto di Belladonna mi ha recato qualche vantaggio al principio, e le frizioni con sostanze aromatiche al contorno dell' orbita.

Rimedj inutili o dannosi dopo un' apparente utilità.

§. 12. Avendo in molti casi amministrata la stricnina internamente, o applicata l' elletricità, o il galvanismo ho notato, che questi rimedj non hanno prodotto vantaggi soddisfacenti perchè se pure in qualche infermo da bel principio sembrava, che la vista fosse stata rinvigorita ben presto notavasi un peggiore stato, ed i nervi parevano esauriti di forza essendo caduti in uno stato di debolezza incurabile.

Metodo antiflogistico dannoso.

§. 13. È inutile il dire, che l' emissioni di sangue tanto locali, che generali, come anche l' uso degli emetici, e de' purganti saranno dannosi nell' amaurosi nervosa pura di cui è discorso.

Utilità della classificazione adottata.

§. 14 Da ciò s' intende quanto sia vantaggioso classificare l' amaurosi nel modo proposto giacchè i rozzi empireci notato avendo, che l' amaurosi qualche volta avea cessato sotto l' uso delle evacuazioni sanguigne; o de' rimedi deprimenti aveano impiegato questi mezzi anche in casi di semplice vizio nervoso con danno de' loro infermi.

Casi in cui non può guarirsi

§. 15. L' amaurosi nervosa però si può curare ben di rado con sucesso felice, e quando sia ereditaria, o quando sia confirmata non ho mai potuto ottenere un esito buono quantunque abbia tentato molti metodi raccomandati da maestri famigerati.

Inutilità de' metodi omeopatici.

§. 16. Ho posto in uso anche le cure omeopatiche, e le ho vedute adoprare da altri professori, ma in tutti i casi da me osservati riuscirono inutili; se si eccettui quel miglioramento apparente, o momentaneo, che deriva dalla natura del male, il quale da principio ha dell' aumento, e diminuzione alternativa; oppure quell' effetto che dipende dall' immaginazione esaltata dell'infermo, che ripone fiducia, o nel medico, o nella novità del sistema.

CAPO II.

Dell' amaurosi cagionata da pressione o da tensione de' nervi.

§. 17. È così dimostrato che la pressione de' nervi porta la paralisi da non potersi dubitare, che allorquando si formasse un esostosi, o un tumore adiposo nel fondo della cavità orbitale venendo da queste organiche alterazioni compresso il nervo ottico, e distesi i nervi cigliari sorgerà un'amaurosi nervosa incurabile. Come la Paralisi sia cagionata da pressione.

§. 18. Se la pressione, o distensione de' nervi giungesse al punto di portare una totale amaurosi anche rimossa la citata causa l'occhio rimarrà amaurotico perchè il vizio de' nervi non si toglie più, così è avvenuto nel caso di Domenico Vocca riferito più sopra pag. 197. tolto via il tumore, che avea causata la tensione de' nervi spingendo l'occhio fuori dell' orbita l'organo riprese il suo posto regolare e cessò la distensione, ma non fu possibile ripristinare la facoltà visiva perchè la pressione esercitata a lungo aveva reso insensibile il nervo ottico probabilmente rendendo ostrutti i canali conduttori del fluido nerveo, o cangiandone la tessitura. L' amaurosi resta dopo rimossa la pressione, o distensione.

§. 19. In questi casi si suole osservare la midriasi, o l'immobilità della pupilla senza, che sia nè eccentrica, nè ristretta, ed il male si riconosce perchè sempre l'occhio si fa estuberante, i tumori orbitali si possono riconoscere dall' osservatore mediante il tatto perchè sono più cedevoli dell' esostosi, e giungono più a fior d'orbita. Le esostosi sono più solide, meno estese, e quasi sempre vanno accompagnate da altre più manifeste e da vizio sifilitico, o da vizio scrofoloso o da idrargirosi. Aspetto della pupilla.

§. 20. Se vi sarà esostosi bisognerà coreggere il vizio sifilitico, o l'idrargirosi, o le scrofole da cui provengono ne' modi spiegati trattando delle oftalmie, che dipendono da questi contagi. (vedi pag. 74. e seg.) e se vi fosse tumore, o escrescenza cellulosa si dovrà ricorrere alle operazioni descritte più sopra pag. 197. Come si possono togliere l' esostosi.

§. 21. Al cominciare delle citate alterazioni il vizio nervoso non Leggiero vizio nervoso da principio.

suole essere grave, e quasi sempre si riduce alla diplopia, o vista doppia, oppure ad un certo adombramento de' corpi; e ad una tenue ambliopia.

CAPO III.

Intorno all' amaurosi infiammatoria.

Amaurosi dopo le infiammazioni.

§. 22. Non di rado vediamo l' amaurosi formarsi dopo l' infiammazione interna degli occhi, che abbia attaccato o l'iride, o la coroïdea o la retina. In questi casi poche ore d' infiammazione bastano a rendere la retina insensibile alla luce. Essa diventa quasi direi callosa, e non può più repristinarsi la forza visiva anche cessata l' infiammazione, anzi bene spesso ne siegue l' atrofia dell' occhio; ma sempre l' amaurosi che ne risulta è incurabile.

Fusione di linfa e dolori, che distruggono la forza de' nervi.

§. 23. Qualche volta l' infiammazione porta l' amaurosi in poche ore, e senza che abbia luogo un versamento di linfa sulle parti interne dell' occhio. In questi casi io credo, che i dolori determinati sui nervi cigliari dal corso dell' infiammazione abbiano distrutta la vitalità de' nervi sudetti, e quindi anche agiscano sul nervo ottico, il quale ha sicuramente un consenso co' nervi cigliari.

Formatasi l' amaurosi è incurabile, e bisogna medicarla a principio.

§. 24. Una volta stabilitosi il vizio de' nervi per causa d' infiammazione l' amaurosi è incurabile, bisogna dunque curare prontamente ed efficacemente l' iritide, la coroiditide o la retinitide, (come ho spiegato pag. 122); se non si arriva a tempo, e che l' amaurosi infiammatoria sia confirmata riuscirà inutile qualunque cura vogliasi tentare.

Casi di cura inutile.

§. 25. Perciò se avesse preceduto un' iritide sifilitica o idrargirica, e l' amaurosi già esistesse da più di tre settimane inutile riuscirà la cura dell' iritide co' mezzi i più conducenti, che sempre resteranno alterati i nervi; e l' amaurosi incurabile sussisterà.

Altre amaurosi infiammatorie.

§. 26. Io debbo comprendere fra le amaurosi infiammatorie altresì quelle che dipendono da contusioni di qualche ramo nervoso spettante all' apparecchio ottico, o da un' irritazione di questi nervi cagionata da sifilide, da idrargirosi, o da altri contagi trasportati sul loro tessuto.

§. 27. È noto da tempi antichissimi, che una contusione portata sul ramo sopraorbitale del quinto pajo determina l' amaurosi dell' occhio vicino, e così Filippo il Macedone perdè un occhio quantunque curato da Critobolo, che potè soltanto giovare conservando l' aspetto dell' organo; ma non già la facoltà di vedere. Gli antichi videro l' amaurosi da contusione di un nervo.

§. 28. Ho veduto accadere lo stesso quando un' altro ramo del quinto pajo è stato ferito come sarebbe l' infraorbitale, e qualche volta uno de' nervetti zigomatici. Altre volte senza lesione de' nervi citati l'amaurosi è venuta allo stesso modo in seguito di una forte concussione, o del cervello, o dell' occhio, e sovvente si è veduta comparire dopo che una pallina da caccia impetuosamente è stata spinta a ferir l' occhio per causa di un colpo di fucile. Viene anche da contusione di altri rami.

§. 29. In tutti questi casi di ferite l' occhio sembra sano, indi la pupilla si restringe a poco a poco, e sviluppasi una flogosi quasi impercettibile, la quale sussiste per più settimane, finchè si estingue tutta la forza nervosa. Se il colpo è stato molto violento sorge l' iritide, e l' occhio perde subito la facoltà di vedere senza alterazione della cornea, e delle altre parti trasparenti. I segni di questa infiammazione sono il restringimento, o la deviazione della pupilla, qualche tenue iniezione de' vasi che irrigano la sclerotica, ed un senso di peso, o di stiratura, e di dolore a qualcuno de' nervi cigliari; ma il male non porta quasi mai apparenza dell' infiammazione che lo determina. Iritide consecutiva.

§. 30. In questi casi forse al cominciare del male si potrebbe curarlo mediante le deplezioni sanguigne, ed il metodo deprimente, ma con mio dispiacere debbo confessare di non aver mai ottenuto una felice guarigione; e qualunque volta sono stato chiamato da un' infermo dopo una ferita, o contusione, se veggo la traccia di qualche pallina penetrata nell' occhio per la sclerotica mi trovo costretto a presagire l' amaurosi, principalmente se il male già si riconosca incominciato. Amaurosi da ferite, o contussioni incurabile.

§. 31. Se l' infiammazione è grave sempre ne segue l' atrofia dell' occhio; e non di rado vedesi per consenso propagarsi l'amaurosi infiammatoria da un occhio all' altro, quantunque il più delle Atrofia, ed amaurosi consecutiva.

volte la vediamo limitarsi ad uno solo; e l'aspetto infiammatorio sia quasi impercettibile.

Infiammazione del neurilema assai profonda.

§. 32. Esaminando l' andamento di varie amaurosi traumatiche, e notato avendo, che dopo la contusione o ferita di un ramo nervoso sviluppasi a poco a poco una lenta flogosi, la quale si và distendendo pei nervi cigliari finchè altera l' occhio, o la retina, io credo, che in questi casi il neurilema venga ad infiammarsi, e si propaghi una cronica infiammazione lunghesso fino alla retina, la quale finisca coll' amaurosi; ma la profondità della sede fa che non si osservino le apparenze d' infiammazione.

Infiammazione cronica della retina nei casi di sifilide.

§. 33. Così avendo notato, che negli uomini travagliati da sifilide la pupilla si fa eccentrica e si restringe, e dopo il male progredisce finchè si sviluppa un' iritide, ed ha luogo l' amaurosi, io inclino a pensare, che in tutti i casi di amaurosi sifilitica abbia luogo una infiammazione cronica della retina, la quale può essere neutralizzata, o curata mediante unzioni mercuriali, in quel modo che le infiammazioni delle membrane si curano felicemente per via del mercurio.

L' amaurosi idrargirica è infiammatoria.

§. 34. Similmente cognito essendo, che in caso d' idrargirosi s' infiamma qualche organo, e notato avendo, che i medesimi segni d' infiammazione hanno luogo, e portano l' amaurosi, io riguardo come infiammatoria anche l' amaurosi idrargirica, e perciò in questi casi all' uso del rob, e della salsa aggiungo l' applicazione delle mignatte al contorno dell' occhio, e ne ho ritratto molta utilità; talchè il trattamento non diferisce da quel che ho raccomandato per l' iritide sifilitica, o idrargirica; aggiugnendovi di quando in quando le frizioni dell' oglio fosforato onde rinforzare i nervi.

Altre amaurosi infiammatorie da notarsi.

§. 35. Nel modo stesso, che il contagio sifilitico, ed il veleno idrargirico portano l' amaurosi, la quale sempre io credo doversi riguardare come infiammatoria, quando anche non andasse congiunta ad una evidente infiammazione interna dell' occhio, così anche il contagio vajuoloso, il morbilloso, la scabbie, e l'artritide possono determinare un' amaurosi infiammatoria, che chiameremo morbillosa, scabbiosa, ed artritica a norma della sua origine.

Segni dell' a-

§. 36. L' amaurosi morbillosa, ed artritica sono le più com-

muni ad incontrarsi la prima è accompagnata da battito delle palpebre, e da ondulazione del globo dell' occhio, la seconda quasi sempre và congiunta all' iritide; ma i segni dell' infiammazione interna sono manifesti in questi casi. maurosi artritica, e vajuolosa.

§. 37. Riguardo alle cure da praticarsi esse non differiscono da quel tanto, che ho spiegato doversi fare per l' oftalmia interna in caso di morbillo, di scabbie, o di artritide, ma quasi mai ho potuto ritrarne profitto eccetto il caso in cui avessi potuto curare il male ne' suoi primordj. Cure da usarsi.

§. 38. Finalmente concluderò col dire, che fra tutti i casi di amaurosi infiammatoria la cura mi è riuscita meno infelice quando trattavasi di amaurosi sifilitica, o idrargirica. Casi più facili a curarsi.

§. 39. In tutti questi casi le medicine, che agiscono sui nervi mi sono riuscite infruttuose se si eccettui l' oglio fosforato; anzi l' agopuntura è stata più dannosa che utile, e le frizioni aromatiche o spiritose ugualmente. Rimedj nocivi ed utili.

§. 40. Ho dunque abbandonato in questi casi tutti i rimedj nervini, ed ho amministrato nel primo caso il sublimato internamente; e le frizioni colla pomata di sublimato, oppio e grasso al contorno dell' orbita, e nel secondo caso il rob, e le decozioni copiose di salsaperilla. Cure usate in questi casi.

§. 41. Questi sono i casi in cui molte volte ho avuto il piacere di combattere il morbo più pericoloso per l' occhio, quale è l' amaurosi con sucesso felice, ed ho potuto fare un pronostico favorevole; non così nelle amaurosi infiammatorie traumatiche, e nelle vajulose, o artritiche. Utilità delle nostre cure.

§. 42. In questi giorni ho curato felicemente due casi d' infiammazione interna degli occhi, che minacciava l' amaurosi avendo usato le unzioni mercuriali fino a produrre forte salivazione, eppure in un caso non vi era sifilide ma il mercurio ha moderata l' infiammazione come addiviene nelle flogosi del bassoventre. Casi d'infiammazione curata felicemente.

CAPO IV.

Dell' amaurosi consensuale.

Casi in cui è utile la cura.

§. 43. Questa classe di amaurosi è la più commune ad incontrarsi, ed in questi casi può il medico essere di molta utilità all' infermo.

Perchè tre specie di consenso.

§. 44. Se si considerano i rapporti in cui trovasi il sistema nervoso dell' occhio sarà facile persuadersi che in tre modi può aver luogo l' amaurosi consensuale; essendo tre gli organi, che hanno stretto rapporto col citato sistema nervoso.

Rapporto del sistema nervoso dell' occhio con altri organi.

§. 45. Il sistema nervoso dell' occhio prima di tutto ha stretto rapporto col cervello come ognun sà, e quindi le concussioni del capo portano l' amaurosi, e l' idrocefalo porta alterazione alla visione, siccome anche il concorso del sangue al capo. Il sistema del basso ventre è anch' esso in rapporto stretto co' nervi dell' occhio per via del gran simpatico, il quale communica coi nervi cigliari, e ne vediamo effetti chiari perchè i vomitivi, e le alterazioni de' visceri digerenti trasmettono i loro effetti sul cervello, e sugli occhi, e così anche l' utero communica le sue impressioni al cervello, ed al sistema nervoso degli occhi siccome vediamo nelle donne isteriche.

Alterazione del cervello, organi digerenti ed utero.

§. 46. Ecco dunque i casi di amaurosi dipendenti da alterazione, o del cervello, o degli organi digerenti, o dell' utero; che danno origine a tre specie di amaurosi consensuale.

Amaurosi da concussione del cervello ed idrocefalo.

§. 47. La concussione del cervello, e l' idrocefalo sono alterazioni tanto gravi che allorquando si diffondono sui nervi ottici producono amaurosi completa, ed incurabile. Però non sempre l' idrocefalo produce l' amaurosi, e pare che ciò abbia luogo unicamente quando i talami de' nervi ottici vengono compressi dalle acque versate ne' ventricoli del cervello; se allora l' amaurosi ha luogo, dopo ancorchè la linfa venga assorbita, e si guarisca l' idrocefalo il vizio de' nervi non si dissipa essendo così dilicato il loro tessuto, che una volta alterato profondamente non si guarisce più.

Male frequente e curabile.

§. 48. L' amaurosi consensuale degli organi digerenti è la più

commune ad incontrarsi, e la men difficile ad esser guarita quando non sia molto inveterata.

§. 49. Si riconosce questa paralisi perchè porta l' aspetto di quella puramente nervosa, ma và preceduta, o da cause alteranti la bile, o da febbre gastrica biliosa, o da vizio del fegato, o da ipocondria con vizio delle forze digerenti, e l' occhio conserva qualche residuo di facoltà visiva. In questi casi spesso vi sono apparenze che il male derivi da qualche alterazione del cervello perchè il sangue vi si accumula, ed al cominciare del male l' uomo vede certi fili, o macchiette ondeggianti per l' aria, che lo molestano principalmente se vi sia concorso di sangue al capo; locchè determina l' alterazione della vista.

Segni per riconoscerla.

§. 50. Questo concorso di sangue al capo sembra uno de' fenomeni che accompagna l' alterazione della bile, ed ha luogo nelle febbri biliose che alterano il sensorio comune, e la vista improvvisamente, come ha luogo lentamente negli ipocondriaci, e nelle isteriche, talora si manifesta improvvisamente nell' uomo preso da un accesso di collera. Pare che in tutti questi casi l' alterazione si propaghi ai nervi cigliari in doppio modo, cioè lungo i rami del gran simpatico direttamente agitando i nervi cigliari, e indirettamente lungo essi agitando il cervello, e quindi i nervi ottici.

Il concorso di sangue al capo sembra effetto di un' alterazione biliosa.

§. 51. Se adunque si troverà indizio di alterazione biliosa o gastrica, amaurosi imperfetta, e dilatazione della pupilla, oppure mancanza di movimento nell' iride senza preceduta azione di contagio, o veleno, e senza indizj di contusioni, o ferite, nè infiammazioni, si potrà riguardare l'amaurosi come consensualeuoo vizio gastrico.

Caratteri dell' amaurosi consensuale gastrica.

§. 52. In questo caso la cura consisterà principalmente nel far da principio evacuare la bile all' infermo col mezzo del tartaro emetico, e con qualche dose di cremor di tartaro, indi gioverà amministrare la massa pillolare del Richter cominciando dalla dose di otto acini, e crescendo fino a sedici ogni mattina. Ogni otto, o dieci giorni si rinnoverà l' uso di un purgante salino; passati poi venti giorni del citato trattamento al quale talvolta si unirà l' uso del calomelano, e rabarbaro, o le frizioni mercuriali

Cure da praticarsi sul generale

quando vi fosse ostruzione del fegato si porranno anche in uso i rimedj nervini come sono le decozioni di fiori d' arnica , o di radice di valeriana, unite alle pillole di cinabbro. Nella stagione estiva anche gioveranno i bagni freschi , e le acque impregnate del gas acido carbonico che potranno compiere la cura generale.

Cure locali

§. 53. Quanto alle cure locali gioverà quasi sempre dare una scossa al sistema nervoso mediante l' agopuntura , e dopo questa applicare l' oglio fosforato ogni sera a tutto il contorno dell' orbita , e sulla fronte. Quest' oglio devesi applicare ogni sera per tutto il tempo della cura che suol durare quaranta giorni , indi si dovrà impiegarlo pure di tempo in tempo pel corso di due o tre mesi. Così efficace riesce quest' oglio , che taluni infermi i quali si sono curati con tal linimento mi dicono , che l' hanno sempre vicino al letto, e se qualche volta veggono delle ombre lo applicano subito , e basta loro una sola unzione , onde star poi bene per due o tre settimane.

Come io adoperi l'agopuntura.

§. 54. L' agopuntura io la pratico perforando con due aghi usuali da cucire una piega della cute presa vicino alle tempia sopra dell' osso zigomatico, e gli lascio in sito per 24 ore, e poi gli cavo fuori. Io credo che questi aghi oltre la scossa che portano all' apparecchio nervoso dell' occhio servano anche a scaricare il fluido galvanico di cui sembrano sopracaricati i nervi in questo caso , e così inducano un salutare equilibrio.

Utilità, e non mai danno dopo questa cura.

§. 55. Questo mezzo semplicissimo non mi è riuscito giammai dannoso , ed in molti casi è stato seguìto da notabile miglioramento , anche da perfetta guarigione principalmente nelle persone molto sensibili , purchè l' abbia potuto applicare nell' amaurosi incipiente, e recentissima. Ho letto alla nostra Reale Accademia delle scienze una memoria su tale argomento nella quale ho riferito le storie di quattro guarigioni pronte e felici ottenute da me in persone molto conosciute in questa Capitale, e cognite a più d'uno de'nostri colleghi, le quali le ho citate per dare convincimento agli uditori.

Preparazione dell' oglio fosforato.

§. 56. Per riguardo all' oglio fosforato io mi servo di due dramme d' oglio di mandorle dolci , in cui faccio disciogliere sei granelli di fosforo riscaldandolo in un bagno di arena ; e ne faccio ungere ogni sera il contorno dell' orbita , e la fronte.

§. 57. Quando vi sieno indizj di alterata digestione oppure se abbiano preceduto cause alteranti la bile è indispensabile far precedere il vomitivo, e le purghe saline di cui ho parlato. Non rare fiate ho usato con vantaggio il vomi-purgativo, e dopo il purgativo di Leroy; ma se il male non è stato preceduto da una forte agitazione di bile, o se è venuto lentamente allora basterà l' uso delle pillole del Richter, l' agopuntura, e l' oglio fosforato. Uso del vomitivo e de' purganti salini.

§. 58. Restaci ora a considerare la terza specie di amaurosi consensuale dell' utero, che nomineremo isterica. In questo caso si notano i segni dell' isterismo, e qualche volta soppressioni dei corsi mestruali, oppure le smodate metrorragie. Amaurosi consensuale isterica.

§. 59. Si riconosce il male perchè vi sono i caratteri dell'amaurosi nervosa semplice, mancano i segni di sifilide, d' idrargirosi, e le impressioni traumatiche, e non vi sono le alterazioni cerebrali citate più sopra; ma bensì l' isterismo. Segni da cui si riconosce.

§. 60. In questi casi la scossa portata dall' agopuntura suole avere un' effetto magico, e dopo conviene amministrare i rimedj nervini, che sono assafetida, fiori d' arnica, e cinabbro, ed i bagni, o semicupj, regolando anche per quanto fia possibile la mestruazione o per via delle preparazioni marziali se fosse scarsa, o amministrando varie preparazioni della ratania quando fosse copiosa; dopo l' agopuntura gioverà altresì l' unzione d' oglio fosforato come rimedio locale. Rimedj da usarsi.

§. 61. Quantunque l' amaurosi consista nel non veder chiaro, ossia nella perdita totale della vista, pure io l'ho distinta in quattro stadj, consiste il primo nelle convulsioni de' nervi spettanti all' occhio, e compariscono allora delle mosche, delle macchie neraste, de' sfili volanti nella luce viva, e delle scintille, o del fuoco nell'oscurità, oppure la vista si riduce in una parte dell'occhio e si perde nell' altra in certe ore del giorno. Il secondo grado lo chiamo ambliopia, ossia vista incerta, in questo caso l' uomo vede i corpi grossolani, ed i colori più vivaci, ma non quanto occorre a poter leggere, e fare lavori minuti, il terzo grado è l' ambliopia oppur la vista incerta nel qual caso l' occhio può discernere la luce dalle tenebre, ma non riconosce che il bianco, ed il rosso vivace o qualche altro colore, nè basta a poter Quattro gradi dell' amaurosi.

camminare ; in fine l' ultimo grado è l' amaurosi perfetta in cui manca perfino la percezione della luce.

Altri metodi sperimentati senza utilità.

§. 62. Io non ho trascurato di tentare moltissimi altri metodi curativi , e prima di tutto le applicazioni del fluido elettrico , e galvanico , indi la pomata ammoniacale di Gondret , il setone alla nuca , ed internamente l' estratto di belladonna , la pulsatilla , ed i metodi omiopatici ; ma nessuna di queste cure mi ha prodotto effetti costanti , e durevoli , talchè ho dovuto abbandonarle per non perdere il tempo prezioso in cui si può sperare un vantaggio dalle cure sperimentate di un' utilità costante.

CAPO V.

Ambliopia da mancata nutrizione.

Ambliopia da mancata nutrizione.

§. 63. S' incontra qualche volta una specie di amaurosi , o piuttosto ambliopia, la quale ha origine da esser mancata la nutrizione dell' occhio.

Aspetto della pupilla.

§. 64. In questi casi la vista si diminuisce a poco a poco , ed il male si conosce perchè la pupilla perde la sua tinta fosca, la quale dipende dal pigmento nero, che si diminuisce all' interno della coroidea, e viene a mancare. La pupilla allora prende un colore piombino, o giallastro analogo a quello, che osservasi in molti casi di cateratta ; ma si vede , che la tinta è molto pronfonda.

Stato dell'iride.

§. 65. L' iride perde i suoi movimenti e diventa floscia, la pupilla si fa picciola , ma questa debolezza si può repristinare mediante una buona nutrizione.

Negli emaciati.

§. 66. Questo difetto si osserva o nelle persone emaciate o ne' vecchi decrepiti.

Carni di vipera e bagni.

§. 67. La cura che riesce più consiste nella dieta lattea , e nell' amministrazione delle carni di vipera fresca , e viva accompagnata dal bagno fresco per immersione.

Dieta utile.

§. 68. Altre volte riesce la dieta di cereali , e fecole accompagnata da lungo riposo , e dal sonno prolungato mediante gli oppiati.

ANNOTAZIONE VIII.

Uso ed abuso degli occhiali, e lenti.

§. 1. L' arte di fabbricare gli occhiali si è mirabilmente raffinata ai nostri giorni, ed è facile convincersi, che le lenti più perfette sono utili, perchè servendo all'uopo stancano meno gli occhi già deboli. Arte perfezionata, ed utilità di buone lenti.

§. 2. Il cristallo più diafano ridotto con superficie levigatissima, e non ondeggiante e lavorato sopra forme, che rappresentino segmenti di cilindri, e non di sfera; se è concavo presenta ai miopi il miglior mezzo di riguardare oggetti lontani, e ridotto sotto forma convessa giova al presbita per discernere gli oggetti piccioli, e vicini. Occhiali da presbiti, e da miopi.

§. 3. Il miope suole avere l' occhio convesso oppure gli umori assai densi principalmente il cristallino. Il presbita all' opposto scarseggia di umori, oppure ha il cristallino con superficie appianata, ed umori poco densi. Qualità degli umori nel miope, e nel presbita.

§. 4. Gli occhi sogliono alterarsi coll' età a misura che cangia la forza della nutrizione, e quando l' uomo si nutrisce molto, od ingrassa, il nutrimento aumentatosi anche nell' occhio lo rende sovvente miope, difetto che suol diminuire quando manca la nutrizione del sistema adiposo. In un modo consimile colui, che gode una buona facoltà di vedere in gioventù arrivato all' età matura subitochè manca di nutrizione nel sistema cellulare diviene presbita mancando nell' occhio la quantità d' umori necessaria a veder bene. Per la qual cosa io son solito dire, che la presbiopia non è altro sennon un dimagramento dell' occhio. Cangiamenti dall' età.

§. 5. Si è scritto molto dal professore Beer contro l' abuso degli occhiali, e taluni ne hanno esagerato il danno, ma è certo, che allorquando bisognano recano utilità. Quando poi sono mal lavorati, o quando se ne fa abuso riescon dannosi. Abuso degli occhiali dannoso.

§. 6. In generale si può dire, che gli occhi soffrono quando vogliansi portare gli occhiali di continuo perchè l' insensibile traspirazione da essi mantenuta a lungo intorno agli occhi riesce talora molesta, ed irritante, e perciò io son solito dire,» usate gli Danno degli occhiali.

occhiali verdi, o blò quando il sole, e la polvere potrebbero molestare i vostri occhi più che l'evaporazione ritenuta dagli occhiali, ed avrete cura di starne senza per qualche ora principalmente quando non sarete tormentati nè da luce nè da polvere.

Gli occhiali usati a lungo stancano.

§. 7. Così que' miopi, che di continuo vannó armati d'occhiali si espongono a soffrire qualche irritazione dannosa, e meglio sarebbe levarseli, e riposarsi per qualche ora nella giornata senza fare veruno sforzo per riconoscere oggetti lontani.

Necessità di un uso moderato degli occhiali e delle lenti.

§. 8. In un modo consimile debbono regolarsi coloro che sono presbiti, o che debbono applicarsi a' lavori minuti perchè armandosi di lenti o di occhiali opportuni riposeranno i loro occhi, e potranno risparmiarsi quella tensione dell' organo continuata, la quale suole danneggiare, e stancare la vista, ma dovranno usarne moderatamente riposandosi di tempo in tempo e badando, che le lenti non sieno nè troppo acute, nè troppo deboli, che se nò gli occhi si stancano; di più queste lenti debbono essere proporzionate alla qualità de' corpi da osservarsi.

Utilità d'impiegare ambedue gli occhi ne' lavori ordinarj.

§. 9. È finalmente degno d'osservazione quel danno, che riceve un' occhio, il quale rimanga a lungo inoperoso, e perciò chiunque si applica a' lavori minuti con un sol' occhio procurerà di alternare usando or uno, or l'altro, e dovrà possibilmente impiegarli ambedue, cosa che si è introdotta utilmente da pochi anni in quà avendosi degli occhialetti per miope a due lenti, ed usandosi i doppi canocchialetti da teatro con vantaggio del pubblico.

Utilità degli occhiali formati sopra un segmento di cilindro.

§. 10. Quegli occhiali formati sopra segmenti di cilindro inventati dal ch. Chevalier sono utili perchè presentano egual forza di refrazione su tutta una lunga linea, e non unicamente nel punto centrale, ma più di tutto importa, che il cristallo sia equabile nella sua densità, e che non sia ondeggiato nella sua superficie; e perciò si capisce non doversi far uso degli occhiali quando sieno logorati, ed abbiano de' segni, o delle striscie nella loro superficie.

ANNOTAZIONE X.

Cure da tenersi ne' quartieri de' militari, collegj, ospedali, e case d' industria.

§. 1. Ho più fiate accennato in quest' opera; che gli uomini radunati o per ragioni dello stato militare, o nelle case di ricovero, o ne' collegi vanno sottoposti a gravi oftalmoblenorree, le quali facilmente si propagano fra di loro, ed arrecano gravissimi danni. Gli uomini radunati in grandi edifizii.

§. 2. Queste oftalmie sorgono frequenti se gli uomini dopo aver sostenuto faticosi esercizj sieno obbligati a prender riposo nelle correnti d' aria umida e fresca, oppure in locali mal riparati in cui penetri l' umidità quando piove. Cause delle oftalmie in detti uomini.

§. 3. Bisogna dunque badare che i tetti de' citati edifizii sieno ben solidi, che le finestre chiudano bene, e stabilire la ventilazione se questa mancasse, principalmente dal lato di mezzodì d' onde viene l' aria calda. Badare ai tetti, ed a rimuover l'umidità.

§. 4. I regolatori, e comandanti di questi uomini dovranno moderarne gli esercizii, ed impedire che non si addormentino in pien' aria, che non si lavino coll' acqua la faccia, e gli occhi mentre son riscaldati, nè si trattengano in luoghi molto battuti dall' aria umida per quanto fia possibile. I militari Austriaci, che soggiornarono in questo regno, si sono preservati dalle gravi oftalmie principalmente per la vigilanza de' loro officiali che dopo il ritorno alle caserme invigilavano onde non potessero spogliarsi sennon dopo una mezz' ora di riposo, ed obbligarono gl' ingegneri a tener ben riparati dalle pioggie i quartieri. Attenzione de' comandanti superiori.

§. 5. Ho anche spiegato il grave danno, che risulta quando si uniscono gli oftalmici nelle stanze abitate dai venerei, ed ho spiegato quanto grave, e contagiosa diventi l' oftalmoblenorrea allorchè si sviluppi nelle persone affette da gonorrea, da sifilide, o da idrargirosi; e perciò sarà sempre utile impedire per quanto fia possibile la propagazione del contagio venereo, e separare gl' individui da esso affetti, o dalle sue conseguenze, e tenerli possibilmente lontani dagli oftalmici. Danno di unir molti oftalmici gravi in un locale angusto.

Divisione degli oftalmici e locali vasti.

§. 6. Finalmente importerà moltissimo, che gli oftalmici vengano curati in locali grandi, e ben divisi, onde separare i leggieri, i gravi, ed i gravissimi per evitare il danno del vapor contagioso da me osservato in questo Deposito generale degli oftalmici militari, e nella epidemia di Palermo, e riconosciuto egualmente in Prussia dall' abilissimo Cavalier de Graefe.

Utilità da me osservata.

§. 7. Queste norme hanno portato una manifesta utilità qualunque volta vennero poste in uso tanto fra i militari da me curati in Palermo, come in questo vasto stabilimento de' poveri che la pietà del Re mantiene sotto il titolo di Reale Albergo de' poveri.

Ripari da mettersi di notte sugli occhi.

§. 8. Stabilite queste massime generali aggiungo, che quando gli uomini dovessero per forza soggiornare in luoghi umidi sarà utile invigilare, che di notte si garantiscano gli occhi legandosi una benda di tela fina, o di velo crespo semplice, o meglio aromatizzata mediante un pò di canfora.

Cure da usarsi agli occhi.

§. 9. Devesi inoltre proibire a coloro, che incominciano a patire di oftalmia, qualunque bagnatura acquosa, o ammolliente, anzi sul cominciare del male è mirabile il vantaggio che arreca il bagnare gli occhi col vino, e meglio col laudano, e con qualunque tintura di croco orientale. Questa può riguardarsi come rimedio sovrano per reprimere l' oftalmia, ed impedirne lo sviluppo ne' suoi primordj.

Cure per l'oftalmoblenorrea.

§. 10. Sviluppatasi poi l' oftalmoblenorrea contagiosa ne' quartieri, o ne' collegj gli oftalmici si dovranno trasportare nelle stanze più asciutte, tenerli separati dagli altri infermi, e si cureranno come ho spiegato nel trattato dell' oftalmoblenorrea.

ANNOTAZIONE XI.

Intorno all' educazione de' ciechi.

S. M. Ferdinando I. ha fondato una casa pei ciechi.

§. 1. Dobbiamo alla clemenza di S. M. il Re Ferdinando I. la fondazione di una casa di ricovero pei ciechi riccamente dotata, ed ordinata secondo le regole tenute in Europa per le migliori istituzioni di questo genere.

§. 2. Questo ospizio ha prosperato per le cure del signor Commendatore Sancio, il quale essendo Sopraintendente Generale del Reale Albergo de' poveri fece quanto mai era desiderabile, onde venisse approvato da S. M. e fosse con Real decreto ordinato; locchè ebbe luogo al cominciare dell' anno 1818.

Il Commendatore Sancio ha fatto approvare e ordinare lo stabilimento.

§. 3. Nominato io fin da' allora alla direzione del ramo sanitario mi sono anche occupato di quanto potesse alleviare lo stato de' ciechi incurabili mediante l' istruzione, e l' occupazione loro, e dati i primi passi vi furono più persone di un merito distinto, le quali si occuparono utilmente a far progredire l' industria. Il Dott. D. Salvadore de Renzi persona distinta e per talenti, e per filantropia ebbe in seguito l' incombenza di coltivare taluni ciechi negli studj delle matematiche, e Geografia ne' quali erano stati iniziati dall' ingegnoso cieco D. Cesare Colagiovanni uomo, che ha lasciato molto desiderio di se nello stabilimento.

Mi sono adoperato all'epoca della fondazione ed altri inseguito

§. 4. Fino dall'epoca della fondazione, oltre questa scuola venne stabilita quella di musica, la stamperia, e l' industria di segare e pulire i marmi non che quella di far mobilie costrutte di Mogani secondo le moderne pratiche.

Varie industrie ed insegnamenti stabiliti.

§. 5. La casa citata sotto il titolo di S. Giuseppe e Lucia è situata in un monastero sopresso alla riviera di chiaja in questa capitale intitolato al glorioso padre S. Giuseppe, e suol ricoverare circa 200 individui ciechi quasi tutti incurabili.

La casa è nel monastero di S. Giuseppe

§. 6. Ognun sà che i poveri ciechi sono infelici principalmente quando mancano di occupazione, e quando non possono guadagnarsi il vitto, e perciò i governi più illuminati d' Europa, e gli uomini più distinti per filantropia si sono adoperati a stabilire simili case d' industria. Quanto a me essendo oculista ho creduto mio dovere soccorrere coloro che sono infermi non solo, ma anche ajutar quegli altri, che non si possono guarire dalla cecità, onde alleviare possibilmente la loro calamità, e perciò mi sono volontieri adoperato a quel tanto che desiderava il signor Sopraintendente Generale per la Real casa de' ciechi citata.

I ciechi hanno bisogno di occupazione, e di potersi guadagnare il vitto.

§. 7. Abbiamo adunque mirato non solamente ad occuparli colla lettura, coi calcoli, e colla geografia, ma più di tutto, ne' me-

Scopo importante per lo stabilimento.

stieri, e nella musica, ed io mi lusingo, che col tempo arriveremo a far sussistere la casa, quasi interamente coi prodotti dell' industria loro perchè riesca di minor peso al reale errario.

Utilità che si è ritratta dalla musica.

§. 8. Quantunque sembri, che la musica sia di poca utilità ai ciechi non di meno questa industria non è senza il suo utile in questa gran capitale, poichè la nostra orchestra viene di quando in quando richiesta per le solennità religiose dai divoti, e se ne ha un compenso in denaro, che và ripartito fra i medesimi suonatori, e la casa.

Gusto per la musica assai diffuso.

§. 9. Raro è quel giovanetto cieco, il quale non abbia gusto per la musica e molti di questi essendo riusciti di una sufficiente abilità, ed avendo chiesto licenza sono andati industriandosi, ed hanno trovato un'utile compenso al loro ingegno, talchè vivono bene al presente essendo addetti a qualche teatro, o a qualche chiesa, e taluni danno lezioni, o vanno ne' villaggi a suonare in qualche orchestra, e così guadagnano la lor sussistenza.

Bisogna della fatica per taluni.

§. 10. Abbiamo dovuto per altro considerare, che questa sola industria non avrebbe portato quell' utile, che si desiderava, e che bisognava accomodarsi alla inclinazione varia de' ciechi ed alla rozzezza di molti uomini robusti pei quali il moto, e la fatica sono direi quasi un bisogno; anche dopo la perdita della vista.

Lavori ne'quali posson riuscire

§. 11. Costoro vennero dunque impiegati alle manifatture, e quella che più ci è riuscita è stata l' industria di segare, e levigare i marmi, ed il legno di mogani; quest' individui si potrebbero utilmente impiegare anche ne'lavori di pietre dure, e ne' mosaici; altri si sono impiegati a tesser la tela, e le fetuccie, come anche a far canestri di vinchi, ed a stampare i libri per uso de' ciechi; ho fatto qualche saggio co' caratteri ordinarj, e son riusciti in modo che si potrebbe benissimo pervenire ad impiegarli, anche nelle stamperie solite.

Sistema addottato.

§. 12. Per riuscire allo scopo prefisso la casa è stata ordinata a guisa di un collegio militare, vale a dire un'offiziale ritirato è stato incaricato della disciplina in compagnia d'un suo ajutante, e poi ogni venti uomini vi è un prefetto, ed ogni dieci scegliesi fra loro medesimi una guida.

Maestri, prefetti, e guide che veggono.

§. 13. I maestri delle arti, e della musica sono persone, che

veggono, e che possono condurre, e istruire i ciechi, così i prefetti veggono bene e sono stati scelti fra quelli del Reale albergo de' poveri.

§. 14. Per levigare la superficie de' marmi, delle lave, o delle ardesie si sogliono impiegare tre quattro, ed anche cinque uomini interamente ciechi sopra una sola tavola, purchè prima sieno stati esercitati ad uno ad uno dal maestro scarpellino, ma per segare, e per altri lavori più sottili si trasceglie qualcuno, che vede un poco giacchè fra i ciechi ricoverati sempre ve ne sono di quelli, che hanno qualche residuo di vista o per causa di panno, o per leucomi quasi totale, ed inveterato. Si distribuiscono i ciechi uniti a qualcuno che ha residuo di vista.

§. 15. Così siamo soliti disporre alle seghe da un lato un' uomo interamente cieco, e dall' altro uno che può veder qualche cosa, e costui avendo prima segato il marmo sotto la guida di un buon maestro può guidare il suo compagno. Come si abituano alle seghe.

§. 16. In sul principio abbiamo avuto un'abile falegname con tutti i giovani del suo negozio, i quali dirigevano i ciechi, e gli esercitavano ponendoli ad un lato delle seghe, e facendosi ajutare per levigare le tavole; i ciechi hanno per solito un tatto squisito, e molta pazienza, non sono facilmente distratti dal lavoro, ed amano l' occupazione, perciò riuscir possono molto utili nelle manufatture citate. Come sieno diretti dai falegnami.

§. 17. È facile intendere, che debbono esser premiati con qualche pò di denaro a proporzione de' lavori, e che sarà d' uopo eccitare l' emulazione, e l' amor proprio con lodi, e con altri incoraggimenti quando si trovino quelli che sieno suscettibili di sentir sifatti stimoli. Premj, ed incitamenti.

§. 18. In una casa numerosa si trovano sempre degl' uomini caparbj, ed indomiti, talchè bisogna ricorrere ai castighi, e per ordinario gli arresti in una stanza, o anche la proibizione di uscire dallo stabilimento per ricrearsi sogliono bastare a condurli al dovere. Castighi indispensabili.

§. 19. L' economia del luogo essendo sottoposta all' amministrazione del Reale Albergo, ne viene che il vitto è un pò scarso avendo quello stabilimento migliaja di poveri a sostenere, ed infiniti pesi; ciò non di meno si è notato con piacere che i ciechi Vitto un pò scarso eppur nutrizione buona.

*

venuti dalle provincie magri, e tristi per la miseria sono diventati ben presto allegri d' umore, e ben nutriti.

Righe e note in fil d'ottone

§. 20. Per insegnare i principj della musica, e le figure indicanti i suoni il signor Colagiovanni ci ha formato delle note, e delle righe fatte da esso con fili di ottone, e similmente egli ha fatto i numeri, le lettere, e tutte le figure de' primi libri della geometria di Euclide che servono per l' insegnamento di que' pochi, i quali in età molto giovanile vengono ad istruirsi, e mostrano del genio a simili studj.

Come imparino a leggere.

§. 21. Questi giovanetti facilmente s' imparano a conoscere le lettere dell' alfabetto incominciando a toccare quelle intagliate sul legno, e dopo quelle di zinco, e stagno che sono fuse in Parigi nella fonderia della casa de' ciechi. Esse non sono arrovesciate come i caratteri mobili delle stamperie, ma sono invece dritte in modo che adoprandole per la stampa ordinaria darebbero caratteri arrovesciati, ma invece usandosi per fare impressione nella carta umida si adoprano a formar delle pagine su cui tutte le lettere dritte sono rilevate, ed appena la carta è diventata secca s' insegna loro a leggere mediante il tatto, anzi essi medesimi hanno composto, e stampato qualche libro elementare per lo studio della dottrina cristiana e della nostra lingua di cui si fa uso, onde iniziarli in tali studi.

Imparano Geografia, e Geometria.

§. 22. In seguito imparano a spiegare la sfera armillare, a dare la dimostrazione sulle tavolette geometriche sopracitate, ed anche a dinotare le cognizioni geografiche sulle carte venute da Parigi nelle quali le città sono indicate con punti rialzati, ed i confini del mare, o de' regni vengono anche indicati da linee marginali rialzate; è mirabile come per la squisitezza del tatto, e per la buona memoria di cui son dotati taluni di essi giungano a riconoscere prontamente, e trovare le città principali segnate sulla carta, accennando subito il numero degli abitanti, la religione, ed il governo a cui appartengono, ma sanno anche trovare i nomi delle città minori, le quali non sono rilevate per niente giudicandone il posto dalle vicine città segnate con un rilievo.

Sonosi curati i casi, che davano luogo a sperare la guarigione.

§. 23. È inutile ch' io aggiunga a tutto questo, che se si presentano individui curabili impiego tutta l' arte, onde poter loro

dare qualche grado di vista , anzi ho avuto de' ciechi nati con cateratta , o con leucomi parziali , e mediante l' ectomia , o mediante l' ecraxis gli ho potuti ricuperare , ed abbiamo rinnovato le osservazioni di Ceselden puntualmente. Debbo però dire , che ricuperata la vista quasi tutti se ne vanno talchè di 21 operati di pupilla artificiale neppur uno ce ne rimane al presente nello stabilimento. Io credo , ciò derivato dal perchè questi non si possano più vedere in mezzo ai ciechi, che rammentano loro la passata disgrazia.

FINE DEL IV. LIBRO.

INDICE

DEL QUARTO LIBRO.

ANNOTAZIONE I. . . . . Intorno alle lezioni spiegate nell' anno scolastico. . . . . pag. 5

ANNOTAZIONE. II . . . . . Nomi degli studiosi dedicati all' oftalmiatria nel 1818. e 19. 8

PROSPETTO . . I. . . . . Degl' individui curati per mezzo di operazioni. 11

PROSPETTO . . II . . . . . De' 37 operati di coropeja. 13

PROSPETTO . . III. . . . . Estratto dalle storie di 15 operati per Ecraxis. 15

PROSPETTO . . IV. . . . . Ernia estirpata 16

PROSPETTO . . V. . . . . Cura del Broncocele. . . . . *id.*

PROSPETTO . . VI. . . . . De' 130 individui curati con medicine locali quasi tutti. 17

TRATTATO DI OFTALMIATRIA

CAPO . . . . I. . . . . Patologia sulle forme, e distinzioni delle oftalmie. 24

CAPO . . . . II. . . . . Forme morbose che si osservano in caso di oftalmia 30

CAPO . . . . III. . . . . Cause predisponenti all' oftalmia. 39

CAPO . . . . IV. . . . . Cause prossime dell' oftalmia 42

CAPO . . . . V. . . . . Condizioni specifiche che rendono gravi le oftalmie, e determinano varie forme del male. 46

CAPO . . . . VI. . . . . Stato morboso in caso di oftalmia, ed indicazione curativa. 49

CAPO . . . . VII. . . . . Descrizione dell' oftalmia chiamata flusso palpebrale 58

CAPO . . . . VIII. . . . Intorno alle cure del primo stadio 61
CAPO . . . . IX. . . . . Flusso palpebrale degenerato 65
CAPO . . . . X. . . . . Blenorrea del sacco lagrimale 67
CAPO . . . . XI. . . . . Sviluppo della blenorrea del sacco, suoi stadi, e cure. 68
CAPO . . . . XII . . . . Cura della blenorrea del sacco degenerata . . 71
CAPO . . . . XIII. . . . Cure da prestarsi quando la fistola fosse degenerata. 73
CAPO . . . . XIV. . . . Oftalmia scrofolosa 74
CAPO . . . . XV. . . . . Oftalmia reumatica degenerata per sifilide. . . 80
CAPO . . . . XVI. . . . Oftalmia idrargirica grave 81
CAPO . . . . XVII. . . . Oftalmia artritica e sue degenerazioni 83
CAPO . . . . XVIII. . . Oftalmia erpetica, e psorica. 86
CAPO . . . . XIX. . . . Oftalmia clorotica semplice, e degenerata con forma di sclerotitide, e corneitide 87
CAPO . . . . XX . . . . Oftalmia scorbutica e sue degenerazioni . . . 89
CAPO . . . . XXI. . . . Oftalmia esantematica 90
CAPO . . . . XXII. . . . Oftalmia intermittente 93
CAPO . . . . XXIII. . . Natura dell' oftalmoblenorrea 94
CAPO . . . . XXIV. . . Cura dell' oftalmoblenorrea 97
CAPO . . . . XXV . . . Apparenti guarigioni, e recidive 102
CAPO . . . . XXVI. . . Cure locali da praticarsi quando l' oftalmoblenorrea sia degenerata 104
CAPO . . . . XXVII. . . Oftalmoblenorrea de' neonati 113
CAPO . . . . XXVIII. . Oftalmoblenorrea vajuolosa 116
CAPO . . . . XXIX. . . Origine, e qualità contagiosa dell' oftalmoblenorrea 116
CAPO . . . . XXX. . . . Oftalmie interne primitive. 121
CAPO . . . . XXXI. . . Intorno al Glaucoma, al fungo ematodes e cancro dell' occhio 129
CAPO . . . . XXXII. . . Dell' oftalmia traumatica. 131
CAPO . . . . XXXIII. . Storie per dimostrare le regole in pratica . . . 136

PARTE PRIMA

Storia. . . . I. . . . . Di un flusso palpebrale acuto semplice 138
Storia. . . . II. . . . . Del flusso palpebrale cronico degenerato con panno 140
Storia. . . . III. . . . . Flusso palpebrale con tigna e panno. 141
Storia. . . . IV. . . . . Flusso del sacco in grado d'ernia 142
Storia. . . . V. . . . . Flusso del sacco in grado di fistola . . . . . id.
Storia. . . . VI. . . . . Carcinoma sul sacco lagrimale dopo la fistola . 144

Storia. . . . VII. . . . Fistola suppurata recente curata col tubetto di Dupouytreu . . . . . id.
Storia. . . . VIII. . . . Oftalmia reumatica semplice. 145
Storia. . . . IX. . . . . Oftalmia scrofolosa semplice e con ulceri. . . 146
Storia. . . . X. . . . . Oftalmia scrofolosa con ipopio, e schiacciatura della cornea 147
Storia. . . . XI. . . . . Oftalmia scrofolosa con ascesso, ed ernia dell' iride. . . . . id.
Storia. . . . XII. . . . . Ulceri inveterate con depressione, ed ulcere fungosa 148
Storia. . . . XIII. . . . Oftalmia scrofolosa con nubecola ed onice. . . id.
Storia. . . . XIV. . . . Oftalmia scrofolosa ed offuscamento alla cornea destra 149
Storia. . . . XV. . . . Oftalmia vajuolosa al sinistro, e leucoma. . . id.
Storia. . . . XVI. . . . Oftalmia scorbutica con ascesso, ed ulceri . . 150
Storia. . . . XVII. . . Oftalmia sifilitica con ulceri, ed iritide al destro occhio 151
Storia. . . . XVIII. . . Oftalmia artritica con iritide e sclerotitide. . . 152
Storia. . . . XIX. . . . Oftalmia in grado di corneitide 153
Storia. . . . XX. . . . Corneitide e panno da erpete. 154
Storia. . . . XXI. . . . Sclerotitide e gruppi vascolari da erpete. . . . 155
Storia. . . . XXII. . . Sclerotitide sostenuta da clorosi. . . . . id.
Storia. . . . XXIII. . . Oftalmia traumatica da una scheggia di legno piantata nella caruncula 156
Storia. . . . XXIV. . . Oftalmia traumatica da scheggia di ferro . . . id.
Storia. . . . XXV. . . Simile alla precedente . . . . . id.
Storia. . . . XXVI. . . Iritide, ipopio, e vortice purulento da oftalmia traumatica 157
Storia. . . . XXVII. . Iritide traumatica che ha determinato coroiditide cronica e sviluppo stafilomatoso di tutto l' occhio. 158
Storia. . . . XXVIII. . Lacerazione di casula e cateratta spuria da ipopio 159
Storia. . . . XXIX. . . Iritide, e dentelli per causa traumatica susseguitati da infiammazione di tutto il vitreo. . id.

PARTE SECONDA.

Storia. . . . I. . . . . Caso di oftalmoblenorrea semplice 161
Storia. . . . II. . . . . Oftalmoblenorrea con ettropio 162
Storia. . . . III. . . . . Oftalmoblenorrea con chemosi, e stafiloma esulcerato 163
Storia. . . . IV. . . . . Oftalmoblenorrea con iritide ed ascesso 164

Storia. . . . V. . . . . Oftalmoblenorrea panno ed ulceri 164
Storia. . . . VI. . . . . Oftalmoblenorrea ed ernia. 165
Storia. . . . VII. . . . Oftalmoblenorrea idargirica con ulceri, e residuo d' ipopio. 166
Storia. . . . VIII. . . . Oftalmoblenorrea, stafiloma, ed ulceri al sinistro. 167
Storia. . . . IX. . . . . Oftalmoblenorrea con iritide e sinizesi per cateratta spuria . . . . . id.
Storia. . . . X. . . . . Encantide idatidea. 168
Storia. . . . XI. . . . . Encantide granulosa 169
Storia. . . . XII. . . . Corneitide primitiva 170
Storia. . . . XIII. . . . Sclerotitide primitiva con nodi, leucoma, e stafiloma . . . . . id.
Storia. . . . XIV. . . . Sclerotitide con dilatazione de' vasi, e simblefaro 171
Storia. . . . XV. . . . Anchiloblefaro 172
Storia. . . . XVI. . . . Simblefaro. . . . . id.
Storia. . . . XVII. . . Iritide sifilitica degenerata. 173

PARTE TERZA.

CAPO . . . . I. . . . . Varie storie per dilucidare le regole esposte. . 174
Storia. . . . I. . . . . Bagnature e rimedj più usitati che son dannosi. id.
Storia. . . . II. . . . . Danno de' rimedj che impediscono l'esito delle materie, ed ammolliscono. 176
Storia. . . . III. . . . . Danno del laudano abbondante d'alcool, ed oppio. 179
Storia. . . . IV. . . . . Danno di un'abitazione poco dominata dal sole. 180
Storia. . . . V. . . . . Danno di un'abitazione umida. 181
Storia. . . . VI. . . . . Cambiamento di casa utilissimo 182
Storia. . . . VII. . . . Distruzione d'occhi da zampillo di acqua marina. id.
Storia. . . . VIII. . . . Altra rovina dall'applicazione d'acque salse. . 184
Storia. . . . IX. . . . . Danno dall'applicazione di un'acqua ferruginosa. id.
Storia. . . . X. . . . . Danno del lavarsi gli occhi con acqua nel tempo della cura 185
Storia. . . . XI. . . . Altro caso che dimostra l' inopportunità dell'acqua ferrata 186
Storia. . . . XII. . . . Un uffiziale, e varj soldati guariti per aver lasciato l' acqua. 187

PARTE QUARTA

CAPO . . . . I. . . . . Utilità del Rob antisifilitico. 188
Storia. . . . XIII. . . . Di un giovine curato mediante il Rob 189

STORIA . . . . XIV. . . . Iritide idrargirica felicemente curata mediante il Rob. 190
STORIA. . . . XV . . . . Caso in cui il rob nostrale ha recato danno, e vi furono segni che contenesse mercurio. . . id.
STORIA. . . . XVI. . . . Cura ottenutasi mediante il rob, che conteneva del sublimato corrosivo 191
STORIA. . . . XVII. . . Caso in cui non riuscì utile il rob perchè non si era data la decozione di salsaperilla . . . 192
STORIA. . . . XVIII. . . Guarigione felice in caso di malattia scrofolosa. 193
STORIA. . . . XIX. . . . Retinitide acuta grave. 194
STORIA. . . . XX. . . . Fungo ematodes. 195
STORIA. . . . XXI. . . . Jaloiditide grave. 196
ANNOTAZIONE IV. . . . . Sui tumori della cavità orbitale. . . . . id.
ANNOTAZIONE. V. . . . . Intorno alla trichiasi della caruncola, e della congiuntiva 199
ANNOTAZIONE VI. . . . . Intorno ai varj metodi proposti per la cura della fistola lagrimale. 200
ANNOTAZIONE VII. . . . Alterazioni del vitreo, e idropisia dell' occhio. 206
SUPPLIMENTO al trattato della pupilla artificiale. 207
SUPPLIMENTO al trattato della cateratta 208
STORIA. . . . I. . . . . Depressione tentata secondo le norme del Prof. Himly. 209
STORIA. . . . II. . . . . Depressione tentata secondo le regole del Cav. Graefe. 211
ANNOTAZIONE VIII. . . . Intorno alle alterazioni del sistema nervoso che costituiscono varj gradi dell' amaurosi . . . 211
CAPO . . . . . I. . . . . Intorno all' amaurosi nervosa pura 213
CAPO . . . . . II. . . . . Dell' amaurosi cagionata da pressione, o da tensione de' nervi. 215
CAPO . . . . . III. . . . Intorno all' amaurosi infiammatoria 216
CAPO . . . . . IV. . . . Dell' amaurosi consensuale. 220
CAPO . . . . . V. . . . . Ambliopia da mancata nutrizione. 224
ANNOTAZIONE IX. . . . Uso ed abuso degli occhiali. 225
ANNOTAZIONE X. . . . . Cure da tenersi ne' quartieri de' militari, collegi, ospedali, e case d' industria 227
ANNOTAZIONE XI. . . . . Intorno all' educazione de' ciechi. 228

FINE DEL QUARTO ED ULTIMO LIBRO.

SPIEGAZIONE DELLE TAVOLE IN RAME

TAVOLA I.

Oftalmia scrofolosa e suoi effetti.

Figura 1. è copiata da un' occhio affetto da oftalmia scrofolosa semplice.
Figura 2. presenta l' oftalmia scrofolosa, ed onice.
Figura 3. dimostra oftalmia scrofolosa con ascesso, ed ulcere.
Figura 4. dimostra oftalmia scrofolosa con ernia, e cornea schiacciata.
Figura 5. dimostra oftalmia scrofolosa collo stafiloma, ed ulcere fungosa.
Figura 7. dimostra oftalmia e nubecola.
Figura 8. dimostra oftalmia, ed ipopio.
Figura 9. dimostra stafiloma parziale da preceduta oftalmia scrofolosa.

TAVOLA II.

Flusso palpebrale, e suoi effetti.

Figura 1. rappresenta il flusso palpebrale semplice.
Figura 2. rappresenta il flusso palpebrale con ettropio.
Figura 3. rappresenta il flusso palpebrale con ettropio panno, ed ulceri sulla cornea, e sulla palpebra.
Figura 4. presenta la tigna palpebrale, e panno da flusso preceduto.

TAVOLA III.

Effetti della blenorrea del sacco.

Figura 1. blenorrea del sacco lacrimale, ed ernia.
Figura 2. fistola lagrimale suppurata per blenorrea del sacco.
Figura 3. apertura artificiale del sacco mediante tre specilli.
Figura 4. ulcere fungosa del sacco dopo la fistola suppurata.
Figura 5. mandarino per guidare, e ritirare il tubo figura 6.
Figura 6. tubo del Dupuytren.
Figura 7. porzioncella di pietra inviluppata nelle filacciche.

TAVOLA IV.

Oftalmoblenorrea con varie alterazioni.

Figura 1. stadio acuto dell' oftalmoblenorrea.
Figura 2. chemosi, ipopio, ed ettropio accidentale.
Figura 3. chemosi e stafiloma incipiente esulcerato.
Figura 4. chemosi, ed iritide con ascessi alla cornea.
Figura 5. panno, ulceri ed ettropio.

TAVOLA V.

Oftalmoblenorrea degenerata.

Figura 1. varici palpebrali, residuo d' ipopio, e muco bianco.
Figura 2. leucoma, ed ettropio.
Figura 3. stafiloma totale.
Figura 4. pterigio, ed occlusione della pupilla da oftalmoblenorrea, la quale ha prodotto cateratta spuria.
Figura 5. encantide granulosa, e panno cagionato da oftalmoblenorrea.
Figura 6. encantide cancerosa.

TAVOLA VI.

Fenomeni causati da oftalmie traumatiche.

Figura 1. corpo straniero, ed ascesso alla cornea.
Figura 2. ifemia ossia versamento di sangue nella camera anteriore causato da lacerazione della cornea.
Figura 3. ipopio da lacerazione della cornea.
Figura 4. vortice purulento, ossia suppurazione totale dell' occhio prodotta da causa traumatica.
Figura 5. lacerazione alla cornea, e cateratta spuria per causa d'ipopio prodotto da causa traumatica.
Figura 6. iritide traumatica, e linfa versata nel lume della pupilla per cui si sono formati de' vincoli, e dentelli, che rendono irregolare la pupilla.

TAVOLA VII.

Effetti varj della corneitide; e sclerotitide.

Figura 1. corneitide cronica con offuscamenti varj per essersi versata molta linfa nella cornea.

Figura 2. sclerotitide, e nodi vascolari con cui si manifesta l'infiammazione alla sclerotica.

Figura 3. sclerotitide cronica, e veggonsi dilatati taluni vasi della sclerotica.

Figura 4. vegetazione cronica, che ha prodotto anchiloblefaron.

Figura 5. stafiloma diafano causato da corneitide.

Figura 6. leucoma da corneitide, e stafilomi della sclerotica.

Figura 7. unione delle due palpebre per causa di una vegetazione cronica.

TAVOLA VIII.

Iritide e suoi effetti.

Figura 1. iritide e cateratta spuria incipiente.

Figura 2. iritide, ed ipopio.

Figura 3. iritide e cateratta spuria con versamento di linfa alla cornea.

Figura 4. iritide e sclerotitide con infiammazione della sottoposta coroidea, perdita totale della vista.

Figura 5. glaucoma da iritide con totale amaurosi.

TAVOLA IX.

Infiammazioni interne.

Figura 1. infiammazione della retina.

Figura 2. fungo ematodes al suo principio per lo sviluppo della porzione midollare della retina; e sue vene varicose.

Figura 3. aumento della citata infermità.

Figura 4. infiammazione del corpo vitreo; ossia jaloiditide.

TAVOLA X.

Conseguenze dell' amaurosi.

Figura 1. atresia, o pupilla impervia per causa di vizio nervoso.

Figura 2. dilatazione della pupilla per causa di amaurosi.

Figura 3. pupilla irregolare per causa di amaurosi.

Figura 4. sviluppo irregolare della cornea per causa di ambliopia.

Figura 5. cateratta per causa di amaurosi, e pupilla dentellata.

Figura 6. cateratta tremula, ed amaurosi. Vedesi la pupilla talora libera in parte, ma l' uomo nulla vede.

Figura 7. cateratta atrofica per causa d' amaurosi con midriasi.

TAVOLA XI.

Figura 1. il compressore del sacco lacrimale ch' io sono solito applicare dopo fatti i taglietti della figura 4, onde si chiuda il sacco.

Figura 2. siringa d' Anellio usata altre volte per le iniezioni.

Figura 3. stadio acuto dell' oftalmoblenorrea idrargirica.

Figura 4. incisioni praticate sul forellino affinchè si chiuda dopo curata la fistola mediante il caustico.

Figura 5. oftalmoblenorrea cronica nell' ultimo stadio allorchè vi sono ragadi, ossia escrescenze carnose prodotte dall' infiammazione preceduta.

TAVOLA XII.

Figura 1. panno, ulceri, ed escrescenze delle meibomiane dopo oftalmoblenorrea, si dimostra il passaggio della pietra sui tarsi.

Figura 2. encantide Idatidea, e modo di afferrarla.

Figura 3. encantide permanente semplice, e modo di estirparla.

Figura 4. encantide granulosa, e modo di afferrarla per farne l' estirpazione.

FINE DELLA SPIEGAZIONE DELLE TAVOLE DEL LIBRO IV.

	ERRORI	CORREZIONI
Pag. 6.	Condizioni forme	Lez. LXI. Condizioni, forme,
» 11. 16.	stafilonta totale	Giugno Stafiloma totale
» 13. 25.	al destr	Novembre dopo oftalmoblenorrea, e panno al destro
» n. 6. 10.	leusoma vasto	Dicembre da oftalmoblenorrea leucoma vasto
» n. 9. 23.	l destro ed esterno	id. al destro, ed esterno
» n. 10. 27.	l' occhio destro fistrutto	id. l'occhio destro distrutto
» n. 13.	stafiloma totale il sinistro	Elisabetta Stajano stafiloma totale al sinistro
» 17. 20.	Oftalmitia	id. Anna Sala oftalmia al destro
» 2.	oftalmitia grave	Dicembre oftalmia grave
» 18.	Omtalmoblenornea	Oftalmia Oftalmoblenorrea
» 21. 28.	oftalmia scrofolosa, panno e cicatrice alla carnea sinistra	id. oftalmia scrofolosa, panno e cicatrice alla cornea sinistra
» 12. 27.	omtalmoblenercea	id. oftalmoblenorrea
» 25. §. 8.	descitta.	quelle descritta
» 27. §. 15.	dacriostitide, e dalla	*dacriostitide*, o dalla
» 28. §. 22.	tre nltimi casi	tre ultimi casi
» 34. §. 20.	Tav. I. Fig. 6.	Tav. I. Fig. 8.
» §. 23.	Tav. I. Fig. 6.	Tav. I. Fig. 8.
» 35. §. 27.	sanguigni traspariscono	sanguigni che traspariscono
» 40. §. 8.	Oguno.	Ognuno
» 42. §. 2.	Contaggiose	Contagiose
» 43. §. 7.	Contaggioso	Contagioso
	Contaggio.	contagio
» §. 11.	Contaggio.	Contagio
» 51. §. 8.	da sangue ne'vasellini del e	dal sangue ne' vasellini delle
» 70. §. 10.	origine, ed una	origine ad una
» 71. §. 5.	ma veduto: avendo	ma veduto avendo
» 73. §. 5.	l' ho sostuita	l' ho sostituita
» 86. §. 3.	della diacea	della jacea
» 87. §. 3.	che potiscono	che patiscono
» 107. §. 10.	, ma richederà una	, ma richiederà una
» 118. §. 8.	immuni portai colleghi	immuni porta i colleghi
» 120. §. 16.	avendo il sul Vesuvio.	avendo in sul Vesuvio
» 132. §. 132.	di norma la lettore	; di norma al lettore

	ERRORI	CORREZIONI
Pag. 137. §. 2.	tre istinzioni usate	tre distinzioni
» 152. §. 80.	Copette , e bagni	Coppette e bagni
» 157. §. 2.	Tav. vjj.	Tav. vj.
» 161. §. 6.	Quasi guarito	(Postilla) Quasi guarita.
» 163. §. 13.	Guarita compiutamente	Guarito compiutamente
» 174. §. 3.	Regola più sicura che ne riulta	(Postilla) Regola più sicura che ne risulta
» 175. §. 5.	che ! umidità è contraria	che l' umidità è contraria
» 194. §. 21.	ne' suoi corsi mensili	de' suoi corsi mensili
» 214. §. 14.	i rozzi empireci	i rozzi empirici
» §. 15.	sucesso felice	successo felice
» 219. §. 41.	sucesso felice	successo felice
	e nelle vajulose	e nelle vajuolose
» 220. §. 45.	ha stretto rapporro	ha stretto rapporto
» 221. §. 51.	Consensualenoc vizio	Consensuale con vizio
» 225. §. 1.	che le lenti pù perfette	che le lenti più perfette

NOTA

Vi sono due tavole di meno perchè in tutta l' opera ho dato quattordici fogli di stampa di più di quanto era promesso nel programma.

Oftalmia scrofolosa e suoi effetti

Fig. 1.

Mich.e Morsillo

Oftalmia scrofolosa semplice

Fig. 2.

Onice

Ferd.o Giaquinto

Fig. 6.

Oftalmia e nubecola

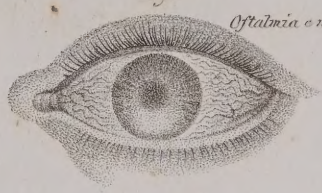


Fig. 3.

Ant.o Corsaro

Ascesso, ed ulcere

Fig. 7.

Pasq.e Vitello

Oftalmia, ed ipopio

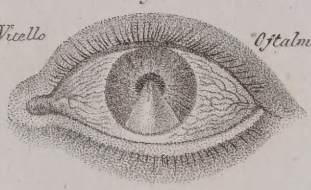


Fig. 4.

Tobia Gisolfo

Ernia dell'iride e cornea scialacciata

Ter.o Agraziata Fig. 8.

Stafiloma parziale

Fig. 5.

Bern.o Cocuziello

Stafiloma parziale ed ulcere fungosa

a

b

Lib. IV.

Fig. 1.

Nicc.la Russo

Flusso semplice

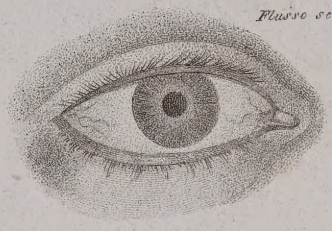


Fig. 2.

Con ettropio

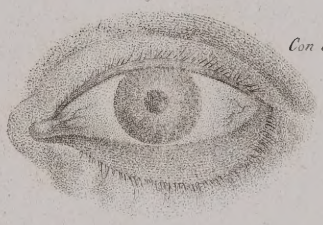


Fig. 3.

Franc.o Lamberti

Con panno ed ulceri

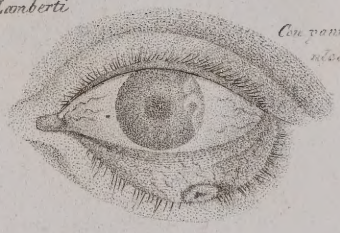
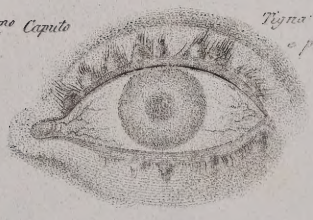


Fig. 4.

Mar.no Caputo

Tigna palpebrale o panno



Quaglia del.

Lib. IV.

Lo Mastro inc.

Blenorrea del sacco lagrimale, e sue conseguenze

Mar.na Gallo

Fig. 1.

Ernia del sacco

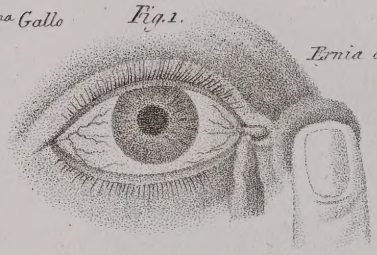
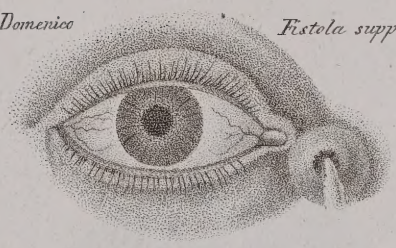


Fig. 2.

Ter.a de Domenico

Fistola suppurata



Con.a Marano Fig. 4.

Ulcere fungose del sacco

Fig. 3.

Idem

Apertura artificiale del sacco, e specilli

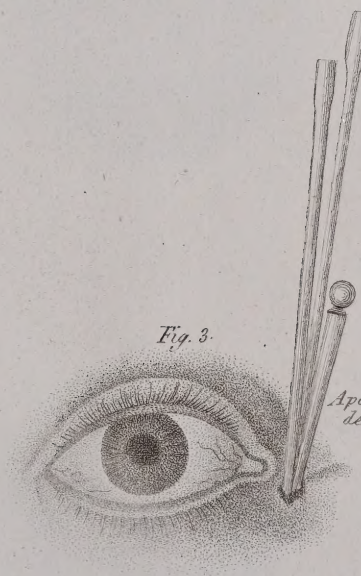


Fig. 6.

Fig. 5.

Fig. 7.

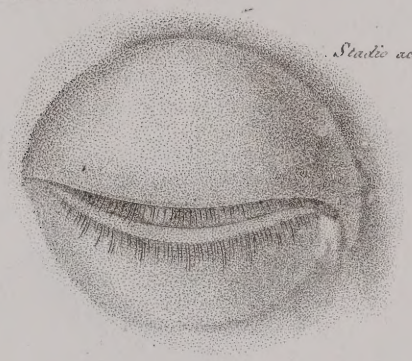
Lib. IV.

Quadri dis.

Lo Mastro inc.

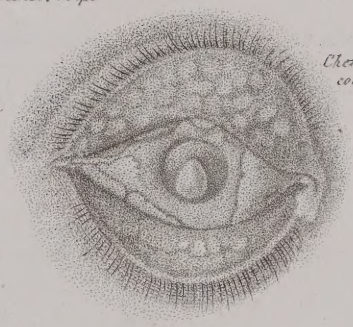
Oftalmoblenorrea, e suoi effetti

Madd.a Nuzzo Fig. 2.



Stadio acuto

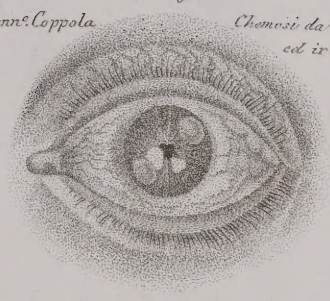
Michel.o Volpi Fig. 2.



Chemosi ed ipopio con ettropio accidentale

Fig. 4.

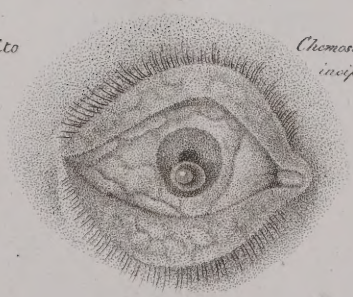
Genn.o Coppola



Chemosi da oftalmoblenorrea ed iritide con ascessi

Fig. 3.

Pasq.le d'Ippolito



Chemosi, e staffiloma incip.te esulcerato

Fig. 5.

Fort.o Orsa

Punne ulcerose ed ettropio da Oftalmoblenorrea

Lib. IV.

Cuadri del.

Lo Mastro inc.

Oftalmoblenorrea degenerata

Tav. V.

Fig. 1.

Diego Passaro

Varici palpebrali, ulceri e residuo dell'ipopio con secrezione del muco bianco

Fig. 4.

Luigi Riccardi

Pterigio, ed occlusione di pupilla da oftalmoblenorrea con iritide

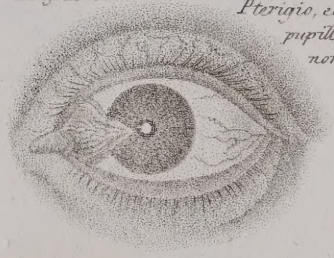


Fig. 2.

Raffe Scarpa

Leucoma ed ectropio

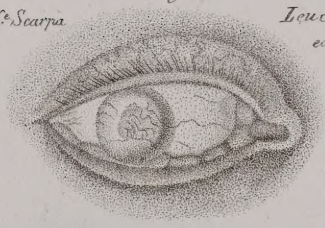


Fig. 5.

Encantide granulosa da oftalmoblenorrea

Fig. 3.

Rosa Porzajolo

Stafiloma da oftalmoblenorrea

Fig. 6

Encantide Cancerosa

Lib. IV.

Quadri dis.

Le Mastre inc.

Infiammazioni traumatiche

Fig. 1.

Luigi Piermann

Corpo straniero ed ascesso alla cornea

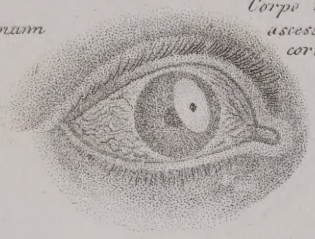


Fig. 5.

Luigi Testa

Lacerazione della cornea e cat.ta spuria da ipopio

Fig. 2.

Giov.e Fabianetti

Ifemia da lacerazione della cornea

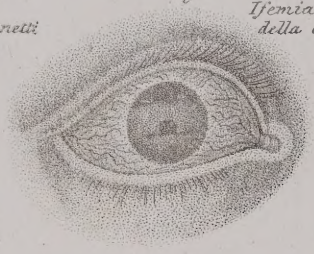


Fig. 6.

Maria N.N.

Iritide traumatica e linfa versata nella pupilla

Fig. 3.

idem

Ipopio da lacerazione della cornea

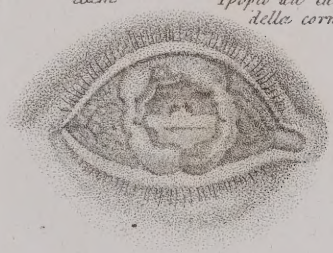
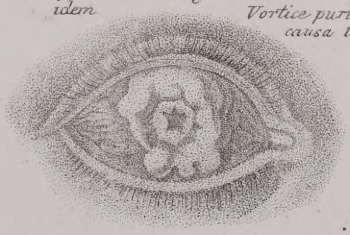


Fig. 4.

idem

Vortice purulento da causa traumatica



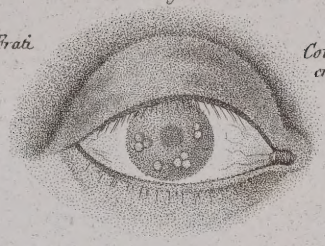
Lib. IV.

Quadri del

Lo Mastro inc.

Corneitide, e sclerotitide

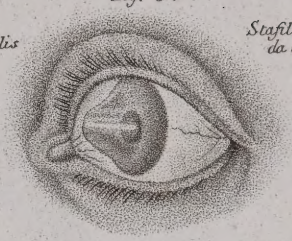
Fig. 1.



Ant.o Frati

Corneitide cronica

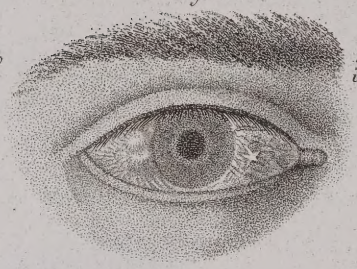
Fig. 5.



Lor.o de Angelis

Stafiloma diafano da Corneitide

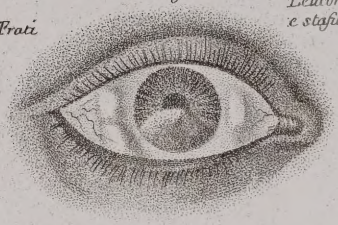
Fig. 2.



Ant.o Caputo

Sclerotitide incipiente

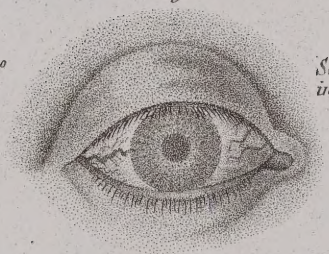
Fig. 6.



Ant.o Frati

Leucoma da corneitide, e stafilomi della sclerotica

Fig. 3.



Cher.na Divino

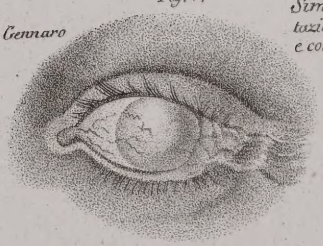
Sclerotitide inveterata

Fig. 4.

M.o Ter.a Mancinelli

Anchiloblefaron per vegetazione

Fig. 7.



Ant.o de Gennaro

Simblefaron per vegetazione della sclerotica e cornea

Lib. IV.

Quadri dis.

Lo Mastro inc.

Iritide e suoi effetti

Fig. 1.

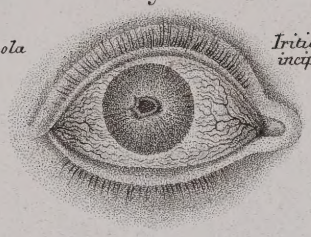


Fig. 4.

Fig. 2.

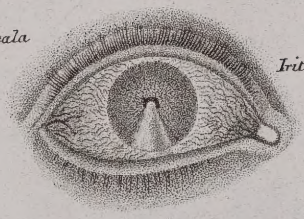


Fig. 3.

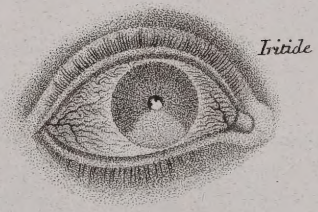
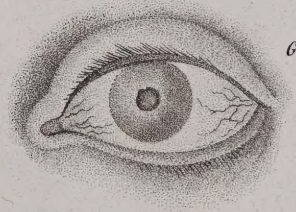


Fig. 5.



Lo Mastro inc.

Quadri dis.

Infiammazioni interne

Fig. 1

Maria de Sanctis — Retinitide

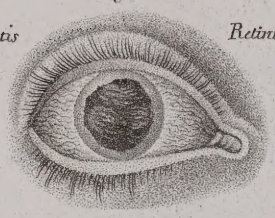


Fig. 4.

Fran.co Verde — Jaloiditide

Fig. 2.

Fis.co de Angelis — Fungo ematodes

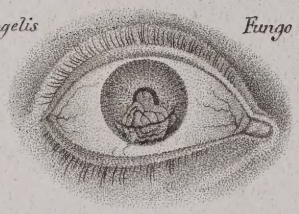


Fig. 3.

idem — Aumentato

Lil. IV

Quadri dis.

Lo Mastro inc.

Compressore del sacco lagrimale

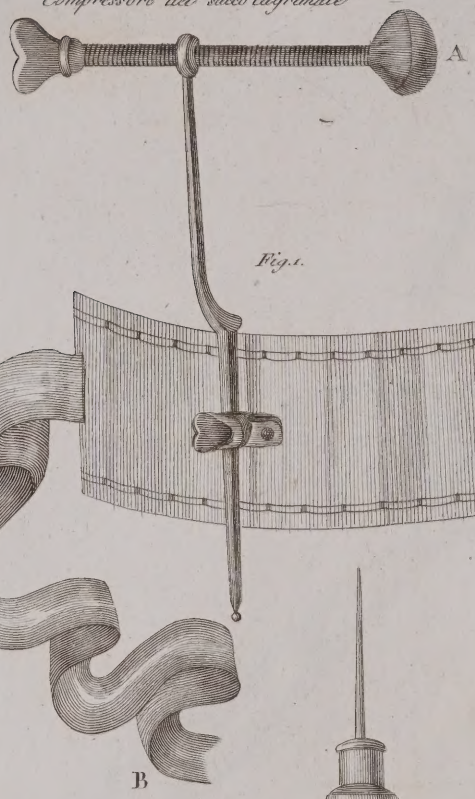
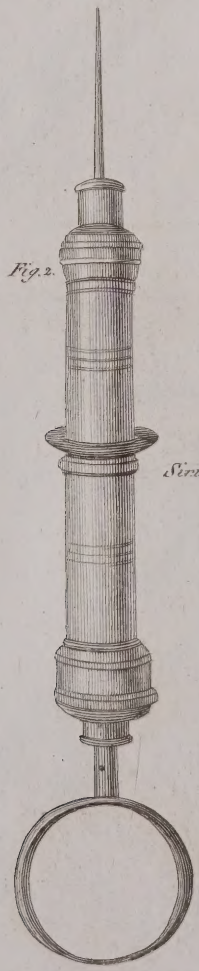


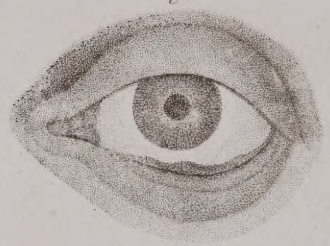
Fig. 1.

Fig. 2.



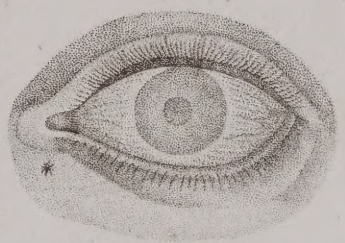
Siringa d'Anello

Fig. 5.



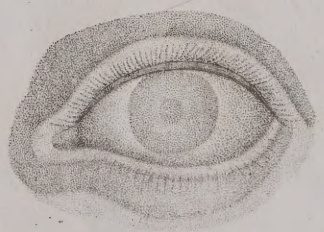
Oftalmoblenorrea cronica nell'ultimo stadio

Fig. 4.



Incisioni sul fonellino dopo curata la fistola

Fig. 3.



Stadio acuto dell'Oftalmoblenorrea idrargirica

Lib. IV.

Quadri del.

Rossi inc.

Fig. 1.

Michel.o Volpi

Panno ulceri ed escrescenze delle meibomiane

Fig. 2.

Felice D'Onofrio

Encantide idatidea

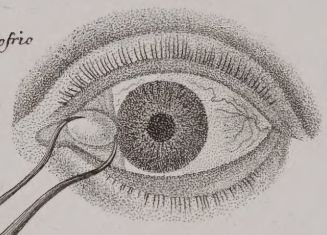


Fig. 3.

Encantide semplice permanente

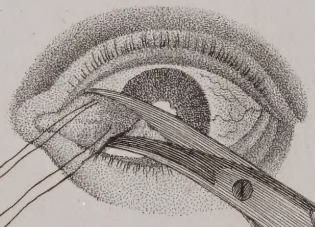
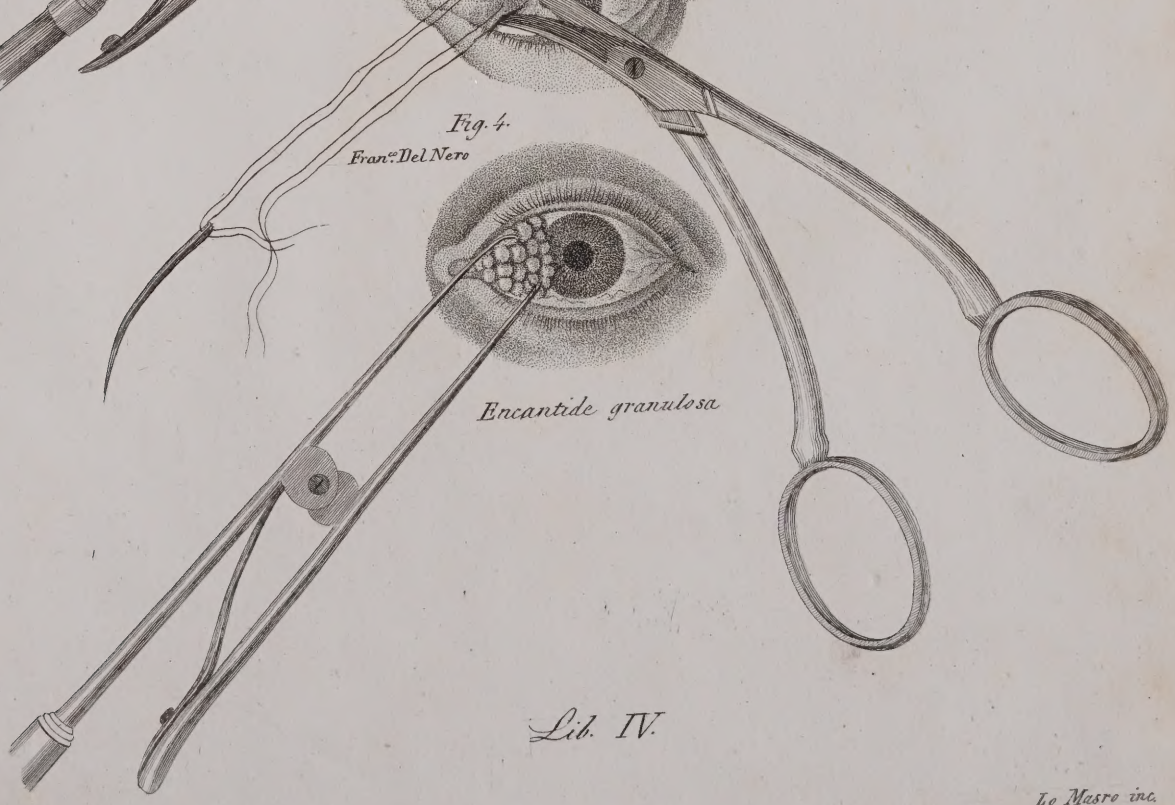


Fig. 4.

Franc.o Del Nero

Encantide granulosa



Lib. IV.

Quadri dis.

Lo Masro inc.